BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

TYP. HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

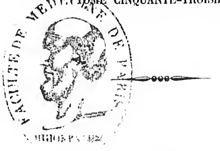
RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN HONORAIRE DES DISPENSAIRES,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME CINQUANTE-TROISIÈME.



PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1857

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la réaction qui s'accomplit dans la science contre l'anatomie pathologique dans ses rapports avec la thérapeutique.

On comprend difficilement comment tant de siècles se sont écoulés sans que les médecins aient senti le besoin d'aller au delà des symptômes par lesquels se traduisent les maladies, pour en constater au moins le point de départ dans les organes dont ils expriment la souffrance. Supposez une maladie quelconque, une maladie chronique surtout, accomplissant sa lente évolution sous les yeux d'un médecin attentif; comment l'idée de fouiller après la mort dans cette organisation, pour observer au moins cette autre face de la maladie, ne se présenta-t-elle immédiatement à sa pensée? L'habitude que l'on eut si longtemps de considérer les choses dans leur ensemble, et d'y spéculer uniquement à ce point de vue, fut probablement une des principales causes de cette incuriosité scientifique, qu'il nous est si difficile de concevoir aujourd'hui. Quoi qu'il en soit à cet égard, dès que cette idée se fut produite dans la science, qu'elle soit née d'emblée dans une intelligence privilégiée, ou bien plutôt, qu'après avoir été conçue par un plus ou moins grand nombre d'hommes, elle soit devenue l'objet spécial de l'étude de quelques-uns, cette idée, disons-nous, une fois mise au monde, n'a pas tardé à passionner tous les esprits, et à imprimer à la science une direction toute nouvelle. Dès que les premières investigations dirigées dans ce sens eurent mis en lumière cette face nouvelle de la maladie que découvre l'anatomie pathologique, on conçoit que les esprits les plus réservés, les esprits qui, pleins de confiance dans la tradition, font le moins de crédit à l'avenir, aient marché hardiment dans une voie qui leur ouvrait tant de

perspectives inconnues. Telle est la fascination qu'exerce sur les meilleurs esprits l'étude des lésions dont s'occupe exclusivement l'anatomie pathologique, que nous pourrions citer des hommes qui, tous les jours déçus dans leur espérance d'y trouver enfin le mot des énigmes de la science, les étudient encore tous les jours. Nous sommes loin de blâmer ce genre de recherches, dont l'utilité même se mesure sur la nécessité des notions auxquelles elles conduisent, notions qui d'ailleurs sont encore bien loin d'être complètes ; mais ce que nous blâmons dans ces chercheurs attardés, c'est la tendance qu'ils ont, et qui se trahit malgré qu'ils en aient, de subordonner complétement les progrès de la thérapeutique aux résultats mêmes des recherches qu'ils poursuivent avec une si louable ardeur. C'est là évidemment une prétention qui ne peut se soutenir en face de l'expérience sagement interrogée, et c'est à combattre ce qu'il y a d'exagéré et de faux dans cette prétention que nous proposons de consacrer les quelques pages suivantes.

Faire sortir toutes les indications thérapeutiques des lésions que découvre le scalpel, c'est admettre que toute la maladie consiste dans ces lésions : une fois ce principe implicitement ou explicitement admis, on devait tôt ou tard arriver à l'extrême conséquence qu'il engendre, et poser la médecine comme une autre face de la chirurgie, une chirurgie interne. Il ne fallait pas beaucoup de hardiesse dans l'esprit pour arriver à cette énormité ; il suffisait de cette disposition mentale, qu'il n'est pas très-rare de rencontrer, même parmi les hommes qui ne marchandent pas leur application à l'étude, et qui nous fait croire que nous savons les choses, quand nous les avons nommées. Bien qu'un homme, qui est parvenu à faire faire beaucoup de bruit autour de son nom, semble encore aujourd'hui tenir d'une main ferme le drapeau de l'organopathie, plus nombreux deviennent tous les jours les dissidents, qui se séparent de cette école étroite dans son appréciation des recherches du présent, comme dans ses vues d'avenir. Les notions que fournit l'anatomie pathologique restent toujours, dans l'esprit des hommes sérieux, des notions utiles, en tant qu'il s'agit de l'histoire complète des maladies; ces notions, par cela seul qu'elles nous montrent la maladie dans l'un de ses éléments, apportent à l'intelligence leur contingent de lumières, quand il s'agit des déterminations thérapeutiques, mais elles ne les commandent plus exclusivement.

Il est surtout une des explications théoriques les plus légitimes, en apparence, des données fournies par l'anatomie morbide, qui a perdu tout crédit dans l'esprit de la science contemporaine, c'est

la doctrine dite physiologique. Singulière destinée de la science ! l'anatomie pathologique n'a de véritable signification qu'à la condition d'être physiologiquement interprétée, et cette interprétation est aujourd'hui à peu près universellement rejetée ; tandis que l'anatomie brute, si nous pouvons ainsi dire, a encore ses partisans qui ne désespèrent pas d'en faire sortir un jour toute la science, toute la thérapeutique surtout ; mais en attendant l'éclosion de cette espérance, elle n'a produit qu'un résultat parfaitement négatif, un scepticisme qui tend à stériliser entre nos mains les plus belles conquêtes de l'observation et de l'expérience.

Les maladies dans lesquelles il y a le plus à compter avec les lésions anatomiques, dans l'institution de la thérapeutique qu'elles commandent, ce sont sans aucun doute les maladies aiguës : que l'appareil symptomatologique, par lequel celles-ci se révèlent à l'observation, soit uniquement l'expression d'un traumatisme local, ou qu'affection générale, ce traumatisme n'y constitue qu'un autre ordre de symptômes, l'expérience de tous les jours démontre que ce traumatisme, quand il n'appelle pas une thérapeutique directe, doit au moins être très-attentivement surveillé, dans ses rapports avec la médication à l'aide de laquelle on s'efforce de combattre l'affection morbide. C'est ainsi, par exemple, que, quand, dans la fièvre typhoïde, comme dans toutes les maladies infectieuses, on cherche à imiter la nature dans ses allures spontanées, en éliminant de l'intestin les matières plus ou moins profondément altérées qui sont en contact avec la muqueuse ulcérée, ou atteinte dans sa vie de nutrition à un degré moindre, il faut, dans ce travail d'expurgation salutaire, ne pas dépasser certaines limites. Suivant les individus, suivant les constitutions médicales peut-être, telle est à cet égard la susceptibilité de l'organisme vivant, qu'un purgatif peu actif peut brusquement amener une diarrhée, qu'on aura plus tard la plus grande peine à ramener dans de justes bornes, si d'emblée elle ne jette l'économie dans une prostration aussi profonde et aussi irrémédiable qu'eût pu le faire une médication antiphlogistique directe excessive. C'est là un point de pratique si important, que nous demandons la permission de rapporter succinctement un fait de cet ordre, que nous avons observé il n'y a que quelques jours, et dont l'enseignement ne doit pas être perdu pour les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*. Mme de S..., âgée de cinquante-neuf ans, est atteinte d'une fièvre typhoïde, qui tout d'abord sembla se produire sous une forme bénigne ; le médecin ordinaire de la malade, ne trouvant dans ce cas aucune contre-indication à l'emploi des purga-

tifs, prescrit une simple bouteille d'eau de Sedlitz à 45 grammes, après un léger vomitif. Immédiatement une diarrhée s'établit abondante, énervante, et qui dure avec ce double caractère jusqu'au troisième septénaire, où nous sommes appelé à visiter la malade. Le pouls est fréquent, dicrote, la peau médiocrement chaude ; le ventre est ballonné, sans grande sensibilité à la pression. La malade inquiète a le sentiment d'une grande faiblesse, et comme le pressentiment d'une mort prochaine. Pourtant la physionomie est bien vivante, l'œil surtout témoigne que le système nerveux résiste encore énergiquement. Dans le double but de défendre l'intestin contre les matières délétères qui le baignent dans tous les points, et aussi de diminuer ces déperditions excessives par les muqueuses malades, nous conseillons à la fois des poudres de charbon végétal et des lavements avec l'eau de goudron. Mais déjà des exsudations plastiques de mauvais augure tapissent la langue, le pharynx, et la déglutition devient impossible : force nous est de renoncer à ce moyen, et d'assister, en quelque sorte les bras croisés, à l'aggravation rapide d'accidents qui ne tardent pas à emporter la malade. Dans notre opinion, il ne saurait être douteux que si une maladie, simple à son début, a pris tout à coup une marche si rapidement funeste, cela ne soit dû à cette sorte de colliquation aiguë, qu'un purgatif intempestif, mais dont l'inopportunité ne pouvait être prévue, a déterminée. Les médecins du dernier siècle, qui faisaient un si fréquent usage de la méthode évacuante dans les fièvres graves, n'ignoraient pas cette conséquence possible de leur médication : aussi surveillaient-ils avec une extrême attention la manière dont la muqueuse intestinale répondait à l'action des purgatifs employés. Dès qu'ils étaient arrivés à placer le tube digestif dans des conditions telles, que quelques garde-robes liquides avaient lieu chaque jour, ils s'arrêtaient dans cette direction. Une autre observation qu'ils avaient encore faite, et sur laquelle plusieurs d'entre eux, Huxham, par exemple, insistaient plus spécialement dans leurs écrits, c'est qu'en vue de prévenir ces graves colliquations aiguës il fallait s'interdire absolument, en cas pareil, l'usage des purgatifs résineux, dont l'aggression plus violente sur la muqueuse malade pouvait plus particulièrement conduire à cette conséquence funeste. C'est uniquement dans ce sens qu'il faut interpréter la mesure que nous conseillons en ce moment d'apporter à la médication évacuante dans l'affection typhoïde ; car malgré quelques dissidences, qui deviennent tous les jours plus rares, cette médication est, dans l'état de la science, celle qui est la plus propre évidemment à prévenir cette infection pro-

gressive du sang, qui, désormais inapte à entretenir la vie, va éteindre bientôt celle-ci par une sorte d'asphyxie lente de ses principaux facteurs.

Une maladie aiguë, d'un caractère tout opposé à celle dont nous venons de parler, c'est la pneumonie, dans les conditions normales de son développement. Ici, comme tout à l'heure, et ici surtout assurément, il faut largement compter avec le traumatisme, que l'anatomie pathologique a mis en si pleine lumière ; mais subordonner la thérapeutique, à tous les âges de la maladie, à ce traumatisme local, c'est s'exposer à coup sûr à prolonger la maladie au delà du terme où les effets de l'organisme peuvent encore conduire au rétablissement de la santé. Ici encore qu'on nous permette de rapporter sommairement un fait qui mettra dans tout son jour la pensée que nous voulons exprimer ici. M. C..., âgé de cinquante-quatre ans, est un homme doué d'une bonne constitution, mais chargé d'embonpoint, et chez lequel les réactions sont lentes, laborieuses dans le sens de la maladie, comme dans le sens du retour de l'organisme au sens normal de la vie. Sous l'influence d'un refroidissement évident, M. C... est pris de tous les symptômes d'une pneumonie, qui occupe une grande partie du poumon gauche en arrière : le pouls fréquent et plein, comme tous les symptômes soit locaux, soit généraux, commande une saignée générale, que je pratique large, abondante. J'attends, pour répéter cette saignée, s'il devient nécessaire de le faire, qu'une réaction se manifeste, ou que la lésion grandisse, soit en étendue, soit en intensité, dans le degré de l'inflammation : mais la maladie semble enrayée, je m'abstiens. Cependant, le sixième jour à partir du début du mal, le pouls commence à perdre un peu de sa fréquence ; le lendemain, cette fréquence diminue encore ; enfin, le troisième jour, il tombe à soixante-quatre ou soixante-six pulsations. Pendant ce temps, que devient la lésion locale ? Pour l'oreille au moins, elle reste exactement ce qu'elle était les premiers jours, c'est-à-dire que cet organe appliqué sur la poitrine en arrière et à gauche perçoit la même crépitation, dont les ondées fines, nombreuses, rappellent tout à fait une pneumonie à son début. Bien que nous eussions observé déjà des faits semblables, et que les auteurs les plus compétents, MM. Louis, Chomel, Andral, nous eussent déjà édifié sur des faits de cet ordre, nous avouons que nous hésitâmes tout d'abord à nourrir notre malade, qui, sans appeler l'alimentation, n'y répugnait cependant pas. Le lendemain de cette observation, nous retrouvâmes les choses exactement dans le même état que la veille : mais alors plus d'hésitation, et nous com-

mençâmes à nourrir M. C... Pendant cinq ou six jours encore, les mêmes phénomènes révélés par l'auscultation persistèrent, bien qu'en suivant une dégradation marquée, et ne se présentant plus, par exemple, que quand le malade, après avoir toussé, était naturellement conduit à déplisser largement le poumon par une inspiration profonde. C'était une chose très-remarquable que de voir un malade mangeant, digérant, s'assimilant des aliments assez abondants et peu choisis, et dont le poumon gauche offrait encore tous les signes parfaitement caractérisés d'une phlegmasie au premier degré. Tout médecin instruit, qui, ignorant complétement les antécédents de la maladie, eût posé l'oreille sur la poitrine du malade, eût conclu immédiatement à la nécessité d'une saignée : eh bien ! avec ce traumatisme local, cet homme mangeait, et cet homme guérit ; il guérit sans que rien soit venu entraver la convalescence la plus franche que j'aie jamais observée.

Ainsi il est donc bien évident, en face de faits de cet ordre, faits qu'on ne cite comme exception que parce qu'on ne voit les choses de la pathologie qu'à travers le prisme de l'anatomisme, il est donc bien évident, répétons-nous, qu'en face de ces faits le traumatisme local, même dans les maladies aiguës, où il signifie davantage, ne signifie pas tout, et que des indications peuvent surgir, qui permettent d'en faire complétement abstraction.

Mais si cette façon de comprendre les choses de la pathologie, dans la mesure que nous venons de faire pressentir plutôt que nous ne l'avons indiquée, est vraie en ce qui touche les maladies aiguës, combien plus évidente encore est-elle lorsqu'il s'agit des maladies chroniques, et surtout des maladies chroniques dans lesquelles se rencontrent des lésions inamovibles. Là il faut faire complétement abstraction de ce traumatisme, si vous voulez que le malade vive. En pareil cas, le problème de Pitcairn : « Une maladie étant donnée, en trouver le remède, » doit être converti en celui-ci : « Des tubercules pulmonaires, un cancer de l'estomac, une cirrhose du foie, une maladie organique du cœur, etc., étant donnés, comment s'y prendre pour faire que le malade vive? » En présence de ces cruelles affections, que le médecin n'oublie pas cet axiome, dont l'évidence apparaît davantage à mesure qu'on vieillit. Un phthisique, un cancéreux, un hydropique, un anévrysmatique (pardon pour ces mots peu sévères) qui ne mange plus est un homme mort. Et comment voudriez-vous qu'il en fût autrement ? Si la vie, en pleine possession d'un organisme intact, défaut infailliblement et bientôt, si les pertes ne sont incessamment réparées, à quoi peuvent conduire les mêmes privations,

dans la situation aggravée que nous supposons, sinon à une mort à courte échéance? Les effets de l'inanitiation ont été, dans ce journal même, admirablement tracés par une main habile; nous ne referons pas ce travail, que nous referions à coup sûr moins bien. Mais on ne saurait trop répéter ces saines idées, et surtout on ne saurait trop les mettre en présence de certaines pratiques, commandées par une conception périlleuse de la vie morbide. La première, la fondamentale indication dans les cas semblables à ceux que nous venons de citer, c'est donc celle-ci : il faut nourrir. Poursuivez, c'est encore votre devoir, le traumatisme, qui met la vie en péril, par les moyens que vous croyez capables d'en arrêter le développement; poursuivez surtout, par toutes les ressources dont vous pouvez disposer, depuis la médecine morale jusqu'à l'émigration, la diathèse qui se cache derrière la lésion grossière qui saute à vos sens; mais que pas un jour ne se passe sans que votre malade digère, s'assimile, se répare, car ici les jours d'inanitiation comptent double, triple, quadruple. Telle est, dans notre opinion, l'inéluctable nécessité de cette suprême indication, que les moyens propres à combattre le traumatisme qui met la vie en péril, ou la diathèse dont celui-ci est la funeste expression, que, si l'emploi de ces moyens porte atteinte à l'un des actes successifs dont se compose la nutrition, il faut au moins temporairement y renoncer; et ceci est le corollaire d'un théorème qui, à force d'évidence, devient une sorte de *truisme*, pour parler comme les Anglais, c'est à savoir que, pour guérir, la condition essentielle, c'est de vivre. La formule épicurienne d'Horace doit être transformée en cette autre : *Non valere, sed vivere vita.*

Si nous nous étions proposé d'indiquer seulement l'ensemble des moyens à l'aide desquels l'art, aux mains d'un médecin intelligent et sagace, peut s'efforcer de remplir cette radicale indication, nous nous serions abstenu, car il ne faudrait pas moins qu'un livre pour développer un si large enseignement. En abordant cette question aux premières pages de ce nouveau volume du *Bulletin de Thérapeutique*, nous ne nous sommes proposé qu'un but, c'est d'appeler l'attention de nos lecteurs sur un point capital de la pratique médicale, et dont plusieurs bons esprits se laissent distraire par une trop grande préoccupation du bien absolu, qui n'est pas de la médecine actuelle, et que ne réalisera peut-être la médecine d'aucun temps.

De la valeur et des indications du perchlorure de fer administré à l'intérieur dans le traitement de l'érésipèle.

Nous avons été des premiers à signaler en France (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLI, 1851), les résultats remarquables obtenus par MM. Hamilton et Charles Bell, avec le perchlorure de fer donné à l'intérieur dans le traitement de l'érésipèle et plus particulièrement de l'érésipèle chez les nouveau-nés. Deux ans après, nous avons encore consigné dans ce journal les succès que cette médication a fournis à M. Balfour dans la même maladie (*Bull. de Thér.*, t. XLV, 1853). Ce n'est donc pas sans quelque surprise que nous avons vu des médecins se disputer, dans ces derniers temps, la priorité de l'administration à l'intérieur du perchlorure de fer, et, plus récemment encore, un élève de l'école de Lyon rapporter à notre savant confrère, M. Valette, l'honneur de la première application de ce médicament au traitement de l'érésipèle, comme si les travaux de MM. Bell et Balfour n'existaient pas; comme si, bien avant ces travaux, il n'y avait pas une certaine teinture de Bestucheff ou de Klaproth, qui n'était autre qu'une solution éthérée de perchlorure de fer; comme si la teinture alcoolique de perchlorure de fer n'était pas depuis bien longtemps déjà d'un usage vulgaire chez nos voisins d'outre-Manche.

Cette première rectification faite et justice rendue à tous, nous trouvons cependant, dans la thèse que M. Louis Mathey vient de soutenir à la Faculté de médecine de Paris, des renseignements pleins d'intérêt, que nous croyons devoir utiliser au point de vue de la vulgarisation d'une méthode de traitement de l'érésipèle, qui n'est ni connue, ni suffisamment appréciée en France. Nous emprunterons également à la pratique de notre collaborateur, M. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, quelques documents qui paraissent de nature à préciser les circonstances particulières dans lesquelles on peut compter sur l'utilité du perchlorure; autrement dit, nous chercherons à poser les indications de l'emploi de ce moyen, en nous appuyant sur les notes que ce médecin a bien voulu nous communiquer.

Les lecteurs du *Bulletin* n'ont certainement pas oublié les faits si curieux de MM. Hamilton et Charles Bell relatifs à des érésipèles, spontanés pour la plupart, non plus que ceux de M. Balfour dans quelques cas d'origine traumatique, dans lesquels la guérison d'érésipèles graves et franchement ambulants a été obtenue en deux, trois et cinq jours. Nos lecteurs ont été certainement frappés aussi des résultats remarquables obtenus par ces médecins dans l'une des

maladies les plus redoutables de l'enfance, dans l'érésipèle des nouveau-nés. Les observations consignées par M. Mathey, dans sa dissertation inaugurale, ne sont pas moins probantes, et c'est ce qui nous engage à les reproduire d'abord comme pièces de conviction.

Obs. I. Jean-Pierre D..., âgé de soixante ans, né à Chabons (Isère), d'un tempérament lymphatique, est entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Sacerdos, n° 3, le 4 novembre 1854, pour une gangrène de la jambe gauche, produite par le seigle ergoté. Le 6, il subit l'amputation de la cuisse; pendant vingt-huit jours, il séjourna dans l'appareil de M. Valette, appareil décrit dans la thèse inaugurale de M. Pupier (Paris, 1855). Les suites de l'opération furent assez simples, et la plaie était presque complétement cicatrisée, lorsque, dans la nuit du 6 décembre, le moignon s'œdématia, la peau devint rouge, luisante, tendue, très-douloureuse, surtout à la partie interne et antérieure, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques du pli de l'aine, dont les ganglions sont fortement engorgés; l'un d'eux même atteint presque le volume d'un œuf de poule.

Il y a de la fièvre; le pouls est plein, fréquent (90); la langue est humide, blanchâtre surtout au centre, un peu rouge sur les bords. Nausées sans vomissements. La veille, le malade n'accusait aucun prodrome.

Le 7 au matin, l'érésipèle, parfaitement tranché, a fait de sensibles progrès sur la fesse. On ordonne : tisane de chiendent; potion calmante simple avec 20 gouttes de perchlorure de fer; cataplasme à l'aine; diète.

Le 8. L'érésipèle s'est légèrement étendu, les douleurs sont cependant moins vives; disparition des symptômes gastriques. — Potion avec 25 gouttes de perchlorure.

Le 9. La marche de l'érésipèle est arrêtée; douleurs encore un peu persistantes dans les points primitivement envahis; plus de fièvre; diminution rapide des ganglions. — *Ut supra*; bouillon.

Le 10. Disparition presque complète; la plaie a repris un bon aspect; appétit. — Suppression de la potion; un quart de portion.

Le 11. Guérison complète de l'érésipèle.

Obs. II. Louis P..., âgé de vingt-trois ans, charron, né à Salignac (Ain), d'un tempérament lymphatique, est entré, le 16 novembre 1854, au n° 2 de la salle Saint-Sacerdos, pour une tumeur blanche suppurée de l'articulation tibio-tarsienne droite.

Amputé le 4 décembre, la guérison marcha assez rapidement, malgré deux abcès intercurrents, et, le 24 décembre, il ne restait qu'une petite plaie de la largeur d'une pièce de 1 franc à la partie supérieure du moignon.

Ce même jour, et sur le soir, le malade se plaignit tout à coup d'un violent frisson qui dura près d'une heure, avec claquements de dents, horripilations, etc. Appelé aussitôt par la sœur de garde, et craignant un frisson initial de résorption purulente, je le fis entourer de cruches chaudes, et lui fis administrer une potion avec 60 centigrammes de sulfate de quinine. La nuit fut agitée, pénible. A onze heures du soir, il avait une fièvre très-forte et quelque tendance au délire. La plaie était blafarde, grisâtre, un peu douloureuse, et la suppuration était augmentée.

Le 25 décembre. La face est boursouflée; les narines surtout sont gonflées, violacées, douloureuses au toucher. Nausées et quelques vomissements; état

saburral prononcé. On ne peut méconnaître un érésipèle violent de la face. — Tisane, mauve et violette; potion avec 25 gouttes de perchlorure de fer; diète.

Le 26. L'érésipèle a fait des progrès et envahi un peu le cuir chevelu; cependant la fièvre a diminué, il n'y a plus de délire; amélioration du côté des voies digestives; le malade reprend de l'appétit. — Bouillon; 30 gouttes de perchlorure dans la potion.

Le 27. L'érésipèle semble avorté après cette médication; pour la plaie, elle ne ressent plus le moindre trouble. Son occlusion s'est poursuivie et parachevée le 28 décembre.

Obs. III. Marie L..., âgée de trente ans, blanchisseuse, très-lymphatique, entre, le 14 novembre 1854, au nº 47 de la salle Saint-Paul, pour un kyste de l'orbite du côté droit. Une incision sur la tumeur : le liquide est extrait, et, deux jours après l'opération (11 novembre), un érésipèle se déclare autour de la plaie. Dans cette première journée, on fit trois ou quatre frictions avec l'onguent mercuriel double.

Le 12. Envahissement de tout le front et du cuir chevelu du côté droit; l'état général est bon; pas de céphalalgie ni de troubles nerveux. — Potion avec 20 gouttes de perchlorure de fer.

Le 13. La malade a souffert davantage cette nuit; l'érésipèle s'est étendu; pas de sommeil, un peu de rêvasserie. — *Ut supra*.

Le 14. La région postérieure de la nuque est envahie; douleurs très-vives pendant les mouvements qu'exécute l'articulation occipito-atloïdienne. — 30 gouttes de perchlorure de fer dans la potion.

Le 15. Légère amélioration. — Prescription, *idem*.

Le 16. Arrêt de l'érésipèle; mieux sensible. — 15 gouttes seulement dans la potion.

Le 17. Guérison complète.

Obs. IV. Victoire G..., âgée de vingt et un ans, née à Montéon, domestique, entre, le 31 octobre, au nº 45 de la salle Saint-Paul, pour une ophthalmie scrofuleuse double.

Le 1er janvier, à peu près guérie de son ophthalmie, elle est prise d'un érésipèle de la face avec une très-grande prédominance des symptômes d'embarras gastrique.

Le 2. Sans s'inquiéter de l'état du tube digestif, M. Valette fait administrer à la malade une potion avec 25 gouttes de perchlorure de fer. Le soir, les vomissements, qui persistaient depuis la veille, avaient complétement disparu, et un mieux sensible existait dans l'état général.

Le 3. La potion est continuée, malgré la résolution évidente de l'érésipèle, et, le 5, la malade, sur sa demande, sort de l'hôpital, complétement rétablie de sa double affection.

Obs. V. Thérèse A..., âgée de quatorze ans, née à Peyzac (Ardèche), scrofuleuse, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul, nº 79, pour une petite plaie de la jambe droite. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, elle fut prise d'accidents d'apparence typhoïde, qui cessèrent par l'apparition d'un érésipèle envahissant toute la jambe malade, et ayant pour point de départ la petite plaie qu'on avait essayé de faire cicatriser par l'application de bandelettes de diachylon.

Le 25 janvier, on constate l'existence de l'érésipèle et on administre aussitôt 25 gouttes de perchlorure de fer.

Le 26. Aucun progrès de l'érésipèle; pas de tendance à la résolution. — *Ut supra.*

Le 27. Diminution rapide; amélioration notable de l'état général et local de la malade. — 15 gouttes seulement de perchlorure dans la potion.

Le 28. Guérison complète et disparition totale de l'érésipèle; la plaie, heureusement influencée, marche rapidement à la guérison.

Obs. VI. Catherine S..., née à Colombiers (Isère), journalière, d'un tempérament bilieux, est entrée au n° 58 de la salle Saint-Paul, pour un coup de pied de cheval au côté gauche de la face, où se voient deux plaies. L'une, située au milieu de l'arcade sourcilière, est peu profonde; l'autre, de 2 centimètres d'étendue, a porté sur l'os malaire, qui a été légèrement dénudé. La plaie supérieure était guérie et l'inférieure en voie de cicatrisation, lorsque, le 2 février, à l'occasion d'une fête religieuse, la malade, malgré défense expresse, voulut aller à l'église; elle s'y refroidit, et le soir même un érésipèle intense de la face se développait, accompagné du cortége habituel de symptômes.

Le 3 février. Progrès rapides de l'érésipèle depuis hier soir, boursouflement énorme de la face, avec engorgement prononcé des ganglions. Le travail de réparation des bords de la plaie, très-bien commencé, est complétement détruit; suppuration, fièvre; pouls, 95; vomissements bilieux abondants. — Tisane de tilleul; potion avec 20 gouttes de perchlorure.

Le soir, l'interne du service, constatant quelques phénomènes du côté du cerveau, ordonne une nouvelle potion avec 25 gouttes.

Le 4. Avortement complet de la maladie; plus de rougeur, plus de douleur; desquamation commencée, pouls à peu près normal. On laisse cependant 15 gouttes de perchlorure dans la potion.

Le 5, guérison tout à fait assurée.

Obs. VII. Jean-Antoine D..., quarante ans, cultivateur, né à Saint-Etienne (Loire), d'un tempérament lymphatique, est entré à l'Hôtel-Dieu, au n° 14 de la salle Saint-Louis, le 24 août 1855, pour une restauration de la face. Depuis cinq ans, il portait un lupus qui lui avait rougé une partie de la joue gauche et détruit presque entièrement la partie saillante du nez; cette terrible affection paraît être arrêtée depuis environ dix mois, et il vient réclamer les secours de l'art pour cacher son affreuse difformité.

Le 27 août. M. Valette fait la restauration, et la réunion des lambeaux est obtenue au moyen de points de suture et d'épingles.

Le 29. Les lambeaux sont bien en place et non tiraillés; toutefois, sur le soir, le malade se plaint de quelques malaises, il a de légers frissons, il souffre de la plaie.

Le 30. Il existe manifestement un érésipèle; la face est gonflée, rouge, luisante. Engorgement des ganglions sous-maxillaires; les bords réunis sont gonflés et suppurent légèrement; en quelques endroits, plusieurs points de suture ont déjà coupé les chairs.—Tisane de tilleul; potion avec 30 gouttes de perchlorure de fer; diète.

Le 31. Affaissement considérable de la tuméfaction, disparition de la rougeur et des ganglions; plus de suppuration; la suture tient très-bien; on peut considérer l'érésipèle comme avorté. Par précaution, on continue la potion d'hier.

Le 1er septembre, disparition complète de l'érésipèle.

Le 10, le malade sort de l'hôpital, parfaitement guéri et méconnaissable.

Obs. VIII. Anne B..., huit ans, née à Lyon, atteinte d'ulcères scrofuleux du cou, est entrée, le 12 mai 1856, au n° 42 de Sainte-Croix (hospice de l'Antiquaille).

Le 15 juin, elle est prise d'un érésipèle de la face, avec fièvre assez intense, sans trouble du côté du tube digestif.

Le traitement antiscrofuleux est supprimé et remplacé par une potion simple avec 15 gouttes de perchlorure de fer.

Le 16. Même prescription.

Le 17. L'érésipèle a complétement disparu.

Obs. IX. D..., née Etiennette G..., âgée de trente-quatre ans, demeurant à Saint-Nizier (Loire), entre, le 19 juin 1856, à l'hospice de l'Antiquaille, au n° 6 de la salle Sainte-Monique, pour un lupus du nez.

Le 15 juillet, érésipèle de la face. Les moyens ordinaires sont mis en usage, et l'érésipèle n'en persiste pas moins pendant vingt-cinq jours, présentant parfois des symptômes cérébraux inquiétants. La guérison a lieu sans amener d'amélioration dans l'affection cutanée.

Le 1er septembre, nouvel érésipèle de la face. La nuit fut très-agitée, et pendant une heure ou deux la malade eut un délire très-violent. J'étais alors chargé du service pendant une absence de quelques jours de mon chef, et je n'hésitai pas à administrer le perchlorure.

Je donnai pendant la journée une potion avec 20 gouttes ; je la renouvelai le soir, afin qu'elle fût continuée toute la nuit, et le lendemain 2 septembre, je fus tout étonné de voir la malade joyeuse, presque très-bien portante. Toute trace d'érésipèle avait disparu.

Obs. X. Etienne M..., cinquante-huit ans, né à Nîmes (Gard), tulliste, demeurant à Lyon, est entré, le 24 janvier 1857, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, au n° 99 de la salle Saint-Sacerdos, pour une plaie du côté gauche de la face et de la partie supérieure de l'orbite produite par une chute. La joue gauche présente une plaie oblique de haut en bas et d'arrière en avant, profonde, irrégulière, contuse, et suppurant beaucoup. Le premier jour de l'accident, il s'était fait panser à l'hôpital ; les lambeaux avaient été rapprochés au moyen de bandelettes, et on l'avait engagé à laisser tout travail et à revenir régulièrement se faire panser.

Malgré ces recommandations, il ne prit aucun soin de sa plaie, et, depuis hier, un érésipèle très-intense de la face l'a forcé à demander son admission dans les rangs de l'Hôtel-Dieu.

Le 25. Toute la face du côté gauche est gonflée, rouge, douloureuse au toucher ; les bords de la plaie se renversent au dehors ; la suppuration est abondante. Fièvre, pouls à 105, agitation extrême, délire parfois, embarras gastrique prononcé. On ordonne : tisane d'orge ; pour la journée, émétique en lavage 0,05 gram. ; potion calmante ; frictions répétées de toute la face envahie, avec de l'onguent mercuriel double.

Le 26. Augmentation de l'érésipèle, envahissement de tout le cuir chevelu. — *Ut supra.*

Le 27. L'érésipèle a envahi le côté droit de la face, la nuque, le dos, la partie antérieure du cou ; coma prononcé.

Je prie M. Barrier de vouloir bien faire donner à ce malade une potion avec 30 gouttes de perchlorure; il y consent, et tous les autres moyens sont cessés.

Le 28. La nuit a été meilleure; sommeil paisible sur le matin. L'état comateux est dissipé, et l'érésipèle n'a pas fait de nouveaux progrès.

Le 29. Amélioration beaucoup plus sensible, disparition presque complète de la rougeur érésipélateuse; le malade a appétit. — Bouillon.

Le 30, on peut considérer l'érésipèle comme tout à fait terminé.

« En résumé, dit M. Mathey, cette action du perchlorure de fer est évidente et les observations précédentes prouvent, je crois, que la marche de l'érésipèle est modifiée peu de temps après l'administration du perchlorure de fer. En effet, dès le deuxième jour, le troisième au plus, et quelquefois même dès le premier jour, nous l'avons vu se limiter, se circonscrire et ne pas faire de nouveaux progrès.

« En ce qui touche la durée de la maladie, l'effet du perchlorure de fer est encore bien remarquable : non-seulement la marche de l'érésipèle est sensiblement modifiée dès les quelques heures qui suivent l'administration du médicament, mais c'est son arrêt complet : la guérison radicale de la maladie est obtenue en très-peu de temps. Ainsi, nous voyons que sur 10 cas d'érésipèle assez graves, traités par le perchlorure de fer à l'intérieur, 3 sont guéris en deux jours (2 érésipèles traumatiques et 1 érésipèle spontané), 3 sont guéris en trois jours (2 érésipèles traumatiques et 1 spontané), 2 sont guéris en quatre jours (tous les deux traumatiques), 1 est guéri en cinq jours et 1 en sept jours (les deux derniers traumatiques).

« On ne peut donc se refuser à admettre, dit en terminant M. Mathey : 1° que les érésipèles sont avantageusement modifiés par l'emploi du perchlorure de fer à l'intérieur ; 2° que la cessation des accidents et des symptômes propres à l'érésipèle est quelquefois très-prompte après l'administration de ce médicament ; 3° que dans une série de dix observations, se rapportant à des cas variés, ce traitement n'a jamais échoué (bien que nous soyons loin de prétendre qu'il en sera toujours ainsi); 4° dans quelques cas, son efficacité pourra paraître contestable, mais jamais il n'a donné lieu au moindre accident ; 5° administré à la dose de 30 gouttes sur un sujet sain, il n'a donné lieu à aucune sensation pénible et n'a amené aucun trouble fonctionnel notable. »

D'accord avec M. Mathey sur les bons effets de cette médication, M. Aran, dans les notes cliniques qu'il nous a remises, nous dit n'avoir jamais remarqué non plus d'effet fâcheux résultant de l'ad-

ministration du perchlorure de fer à une dose plus élevée encore que M. Mathey n'en a fait usage, à 30, 50, 60 et 100 gouttes par jour, dans certains cas exceptionnels. Mais une expérience plus large et plus étendue de l'emploi du perchlorure lui a appris qu'il est des circonstances particulières qui favorisent l'action du médicament.

« Ce serait à tort, nous écrit M. Aran, qu'on espérerait des effets avantageux de l'administration du perchlorure de fer dans tous les cas d'érésipèles. J'ai pu me convaincre qu'il est des érésipèles absolument réfractaires à son emploi. Ce sont les érésipèles qui se montrent chez des sujets jeunes, forts et robustes, d'un tempérament sanguin ; ce sont les érésipèles qui s'accompagnent d'un appareil inflammatoire très-tranché. Chez ces sujets, j'ai continué quelquefois le perchlorure à dose croissante pendant huit et dix jours, sans aucun résultat appréciable. Une saignée du bras a quelquefois fait justice, en un jour, de tous les accidents, à cette période de la maladie. En revanche, les érésipèles qui se développent chez des sujets faibles, délicats, d'un tempérament fortement lymphatique ou scrofuleux, chez des individus déjà débilités par des maladies antérieures ; ces érésipèles surtout qui offrent, avec une tendance ambulatoire très-prononcée, la forme œdémateuse, et dans lesquels, ou bien avec une accélération marquée du pouls, les battements artériels sont cependant faibles et facilement dépressibles, ou bien la fièvre fait complétement défaut, comme cela arrive quelquefois chez les vieillards; ces érésipèles sont remarquablement modifiés, et souvent arrêtés en vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, par l'administration du perchlorure. Les érésipèles plus atoniques encore qui surviennent dans le cours des maladies graves autour des piqûres, des éraillures ou des déchirures de la peau, d'autres fois même sans motifs appréciables, sont encore du ressort du perchlorure de fer. Enfin les érésipèles qui, même se montrant chez des sujets forts et robustes, après avoir été combattus par des moyens variés et appropriés aux indications habituelles, s'éternisent comme en languissant et se promènent çà et là, en poussant inopinément des jetées dans les endroits où la maladie semblait éteinte depuis longtemps; ces érésipèles, presque chroniques par leur marche, atoniques par l'impossibilité où l'organisme semble être de prendre le dessus, ces érésipèles sont souvent terminés en vingt-quatre heures par le perchlorure de fer.

« D'après mon expérience, ajoute M. Aran, ce n'est pas tant l'état fébrile qui constitue par son intensité la contre-indication formelle à l'emploi du perchlorure de fer que l'état inflammatoire propre-

ment dit, état inflammatoire en rapport avec l'état des forces et la richesse du sang du sujet. J'ai donné le perchlorure de fer à des malades dont le pouls battait de 90 à 100 fois par minute, sans que la fièvre ait été augmentée, et bien plus, les accidents fébriles sont tombés du jour au lendemain avec le gonflement et la rougeur, l'érésipèle a arrêté sa marche, et la résolution s'est opérée très-rapidement, tandis qu'avec des érésipèles dans lesquels le pouls battait seulement de 80 à 88 fois par minute, mais avec pléthore et état inflammatoire très-tranché, le perchlorure de fer est resté sans résultat, et la maladie s'est terminée d'elle-même après huit, dix, douze ou quinze jours, quand elle n'a pas été attaquée par les antiphlogistiques. A l'exemple de M. Valette, je n'ai jamais tenu grand compte des phénomènes d'embarras gastrique, lorsque l'indication de l'emploi du perchlorure de fer m'a paru évidente, et je n'ai pas remarqué que les choses en aient marché plus mal. C'est tout au plus si j'ai donné quelques lavements purgatifs aux malades qui souffraient de la constipation. »

A l'appui de ces remarques de notre collaborateur, nous ajouterons que sur les dix faits rapportés par M. Mathey, il en est précisément sept relatifs à des sujets ou fortement lymphatiques ou véritablement scrofuleux, deux concernant des vieillards de cinquante-huit à soixante ans, dont un amputé un mois auparavant pour une gangrène spontanée, et dans le deuxième cas, où l'érésipèle s'est développé traumatiquement, il est remarquable que le perchlorure de fer n'a été commencé que le quatrième jour et que le malade n'a été guéri qu'au sixième jour à partir du début de la maladie.

Il est un point cependant sur lequel nous devons reconnaître l'initiative de M. Mathey, c'est en ce qui touche l'administration du perchlorure de fer à titre prophylactique. « Il est certaines époques, certaines années, dit M. Mathey, où les érésipèles de cause traumatique se multiplient à l'infini et se montrent en si grand nombre que cette maladie est véritablement épidémique. L'application d'un séton, d'un moxa, d'un vésicatoire, est suivie d'une inflammation érésipélateuse ; à plus forte raison les grandes plaies réunies par des points de suture, par des bandelettes de diachylon, en sont-elles infailliblement atteintes ?

« Le chirurgien qui opère dans ces conditions est presque certain de voir se développer un érésipèle. A vrai dire, on pourrait alors ajourner l'opération, mais quelquefois elle est urgente, et le chirurgien s'estimerait heureux et agirait avec plus de confiance s'il avait l'espoir de mettre son malade à l'abri de cette fâcheuse complication.

Ne pourrait-on pas, pendant les premiers jours qui suivent une opération délicate et pendant lesquels on redoute l'inflammation, ne pourrait-on pas associer aux potions calmantes quelques gouttes de perchlorure de fer, parce qu'il est parfaitement acquis et démontré que son usage, à des doses modérées, n'est nullement dangereux ?... »

Un mot enfin sur le mode d'administration et les doses de perchlorure qu'il convient de donner aux malades dans l'érésipèle. MM. Hamilton et Charles Bell ont administré la teinture de perchlorure de fer (contenant 30 grains de peroxyde de fer pour 30 grammes) à la dose de 15 gouttes toutes les deux heures dans les cas légers, et 25 gouttes toutes les deux heures dans les cas graves. M. Balfour a donné 20 gouttes toutes les deux heures. C'est la solution de perchlorure à 30°, dite de M. Burin-Dubuisson, qui a été employée par M. Valette et par M. Aran, et l'on a pu voir, par les observations de M. Mathey, que la dose n'a jamais été de plus de 40 gouttes dans les vingt-quatre heures. M. Aran a été, au contraire, plusieurs fois jusqu'à 50, 60 et 100 gouttes par jour, par 10 à 15 gouttes chaque fois dans un quart de verre ou un demi-verre d'eau ou de tisane quelconque, toutes les six heures ordinairement, toutes les quatre heures et même toutes les deux heures ; mais il commence ordinairement par 30 ou 40 gouttes, et s'en tient souvent à cette dose. M. Aran pense que, de tous les modes d'administration, c'est celui par gouttes qui est le plus agréable, la saveur atramentaire étant très-difficile à voiler dans une potion ; toutefois, quand on veut administrer en même temps un peu de vin généreux aux malades, le vin de Madère et de Porto est très-convenable pour dissimuler le goût du perchlorure.

Nous reproduisons cependant la formule d'une potion que M. Mathey dit avoir toujours été prise avec plaisir par les malades :

Pr. Perchlorure de fer à 30°.........	25 gouttes
Eau distillée de laitue............	50 grammes
Eau de menthe..................	20 grammes
Sirop de gomme.................	50 grammes

pour une potion. — Deux cuillerées à bouche de cette potion toutes les demi-heures. Dans le cas où l'on veut forcer la dose, on fait préparer deux potions semblables, chacune avec 20 gouttes de perchlorure, une pour la journée et l'autre pour la nuit.

Pour les enfants, la dose de perchlorure est de 2 gouttes toutes les deux heures, d'après MM. Bell et Balfour. Dans la potion on ajoutera seulement de 12 à 18 gouttes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Études pratiques sur le traitement des abcès par congestion

Par M. le docteur Am. Pain, ancien interne des hôpitaux de Paris.

S'il est, en chirurgie, des maladies qui ont résisté à toutes les ressources de l'art, et qui par cela même doivent éveiller la sollicitude du praticien, ce sont assurément les collections purulentes qui sont symptomatiques des affections osseuses, surtout du corps des vertèbres.

Ce qui atteste l'importance de ce sujet, ce sont les travaux nombreux dont il a été l'objet. C'est donc presque encourir le reproche de banalité, que de venir raisonner sur ce point de la science avec le même bagage d'une expérience aussi jeune ; mais nous nous hâterons de dire que, dans ce travail, nous nous sommes proposé de n'user que d'éléments pratiques, de faire surtout appel aux faits cliniques. Nos conclusions, nous les appuierons sur des observations recueillies par nous, ou des communications officieuses puisées à bonne source. Nous sommes convaincu que c'est par des faits seulement qu'on pourra arriver à la solution de ces questions litigieuses de chirurgie pratique ; nous aurons donc accompli un devoir en apportant notre modeste contingent, et notre collection de faits, recueillis sans idée préconçue, ne sera pas une superfluité.

Avant tout, il faut bien s'entendre sur la signification qu'il faut donner à ce mot : *abcès par congestion*. En faisant quelques recherches à ce sujet, nous avons été frappé du dissentiment qui règne à propos de cette définition : ce qui est un abcès par congestion pour les uns ne l'est pas pour d'autres ; et, en somme, l'esprit trouve difficilement à se satisfaire au milieu de cette confusion.

Dans le siècle dernier, les chirurgiens désignaient ainsi les collections purulentes qui, ayant pour point de départ une maladie osseuse, venaient se montrer dans un point plus ou moins éloigné de leur origine.

Boyer comprenait sous ce nom les abcès résultant de la carie des vertèbres ou d'une grande articulation, comme l'articulation coxo-fémorale. Boyer distinguait l'abcès par congestion du mal de Pott, parce qu'il avait trouvé des caries de la colonne vertébrale sans abcès par congestion.

Pour Dupuytren, l'abcès par congestion était un abcès symptomatique formé loin de la lésion osseuse. Peut-être cette définition est-elle trop restreinte, puisqu'elle exclut les abcès qui sont situés

sur la lésion osseuse même, ceux que Gerdy appelait *sessilles*, pour les distinguer des abcès *migrateurs*, c'est-à-dire ceux qui viennent faire saillie à la peau, à une distance plus ou moins éloignée du lieu où le pus s'est formé.

Pour M. Velpeau, les abcès par congestion sont tous les abcès symptomatiques d'une altération de la tige vertébrale; M. Velpeau exclut donc les collections de pus venant des grandes articulations.

M. Nélaton, avec beaucoup d'autres chirurgiens, avec les auteurs du *Compendium de chirurgie*, entend par abcès par congestion tous les abcès symptomatiques des lésions osseuses venant se former loin de leur point de départ. Acceptons donc cette dernière définition, qui a cet avantage de comprendre la majorité des cas, surtout ceux que nous avons en vue en parlant de la thérapeutique des abcès de cette espèce.

Nous n'avons certes pas la prétention de faire, dans ce court travail, l'histoire complète du traitement des abcès par congestion; ce serait une tâche qui, en nos mains, ne pourrait être que fort incomplète; notre intention est de passer en revue les principales méthodes de traitement qui ont été proposées, d'en rechercher la valeur, et d'établir en même temps, d'après nos idées, les indications que présentent ces abcès.

Il est deux points de ce traitement que nous voudrions surtout mettre en relief. D'abord, c'est la part qu'il convient de faire au traitement général dans la guérison des abcès symptomatiques. On a trop oublié, dans ces derniers temps, que ce qui devait servir de règle dans le traitement des maladies, c'était surtout l'observation de la marche et de l'enchaînement des phénomènes pathologiques. Dans l'espèce, toutes les tentatives ont été dirigées vers l'effet de la maladie, et si la cause n'a pas été complétement oubliée, on n'accordait au moins qu'une importance secondaire aux remèdes dirigés contre elle. Cette direction imprimée au traitement est fausse, selon nous; en pareille matière, c'est l'étiologie surtout qu'il faut consulter. Il faut remédier aux dispositions organiques qui ont présidé au développement de la maladie. Tous ces malades, lymphatiques, scrofuleux, à constitution détériorée, doivent être soumis à l'usage de moyens destinés à modifier leur constitution, à la ramener à des conditions normales. En portant toute son attention du côté des moyens locaux adressés à l'abcès, qu'arrive-t-il? C'est que, les dispositions organiques morbides subsistant, la guérison sera sinon impossible, au moins plus lente et difficile à obtenir. Dupuytren, et bien d'autres encore, ont vu des abcès à fluctuation manifeste di-

minuer et même disparaître, sous l'influence seule des moyens à l'aide desquels on combattait les états organiques qui avaient favorisé leur formation.

Le promoteur d'une méthode nouvelle, M. Boinet, prétend que cette opinion de guérir les abcès par congestion par le traitement général seul ne peut être soutenue, et que les guérisons ne sont nombreuses que depuis qu'on a ajouté les injections d'iode à ce traitement général. Nous discuterons plus tard la légitimité de ces prétentions des partisans des injections iodées ; mais, contre l'opinion de M. Boinet, dès maintenant nous disons : que des guérisons nombreuses sont dues à ce traitement général, que l'expérience et la raison s'accordent pour faire de ce traitement la base de tous les efforts dirigés contre la maladie ; enfin que c'est sur un terrain ainsi préparé que nous aurons recours aux ressources palliatives que nous offre la chirurgie, persuadé que le succès est à ce prix.

Le second point que nous voudrions bien établir, c'est la supériorité comme méthode générale de traitement de celle qui, par des moyens internes ou externes, tend à obtenir la résorption de la collection purulente ; c'est là, du reste, le but du traitement dont nous parlions tout à l'heure. Toutes les autres méthodes, selon nous, ne viennent que sur un plan secondaire.

En mêmes temps que nous réunissions quelques matériaux pour ce travail, M. Bouvier lisait à l'Académie des sciences un mémoire très-intéressant sur la guérison spontanée des abcès symptomatiques du mal vertébral. Les observations d'abcès par congestion résorbés, de Dupuytren, de Larrey, de MM. Clairat et Morpurgo, quelques cas d'abcès semblables résorbés après avoir été ponctionnés, recueillis par nous-même, nous avaient conduit à penser que ce mode de guérison était plus commun qu'on ne le pense généralement. M. Bouvier a apporté de nombreux faits nouveaux d'où découle la même conclusion. Comme M. Bouvier, nous avions été frappé du silence que gardent nos auteurs classiques à l'égard de la méthode curative fondée sur la possibilité de cette résorption. Avec le savant médecin de l'hôpital des Enfants, nous reconnaissons que ces faits ouvrent à l'expectation, à la médication de l'absorption par les modificateurs lents de l'économie, un horizon plus large que celui qu'on lui fait généralement ; peut-être donnent-ils le secret de beaucoup de succès dont l'honneur est attribué à une méthode nouvelle, celle des injections iodées.

Par quel mécanisme s'opèrent ces guérisons spontanées?

M. Aran a pu constater sur le cadavre la transformation de la

membrane pyogénique de deux poches purulentes en une membrane lisse et polie, présentant tout à fait l'aspect d'une séreuse. Cette transformation était complète, et sans aucune trace d'inflammation dans les deux foyers ; quelques grammes de sérosité claire remplaçaient la masse énorme de pus qu'on avait constatée. Cette tendance à la guérison par voie naturelle, puisqu'il n'y avait eu aucun traitement de fait, était d'autant plus remarquable qu'il y avait persistance de l'altération osseuse; mais ce n'est pas là le mode de guérison ordinaire, il faut admettre d'abord qu'un travail de réparation s'est opéré du côté de la colonne vertébrale, et que la sécrétion purulente, qui avait sa source dans ces os malades, a considérablement diminué ; alors le travail d'absorption, s'exerçant avec une énergie nouvelle, en rapport avec l'amélioration de l'état général du sujet, enlève les parties les plus liquides du pus ; la tumeur perd graduellement son volume, son caractère fluctuant ; l'abcès se trouve converti en cette matière adipocireuse dont parle Dupuytren, et à sa place on sent un empâtement mal limité, indolore, résultant de la condensation et du retrait des tissus environnant la collection purulente.

De ceci il résulte que les conditions qui favorisent l'absorption du pus doivent être étudiées avec soin. La première de ces conditions, c'est la tendance à la guérison de l'affection vertébrale, tendance déterminée elle-même par une grande amélioration dans l'état général du malade.

L s chances de guérison spontanée varieront avec l'âge, la constitution du sujet, le volume de l'abcès. C'est ainsi que cette terminaison est plus fréquente chez l'enfant, plus difficile à obtenir chez des sujets cacochymes, plus lente dans le cas d'abcès volumineux ; à ce propos, nous verrons plus tard comment les ponctions successives peuvent venir en aide à ce travail de résorption. On a vu parfois des maladies accidentelles, des fièvres éruptives surtout, produire dans l'organisme des modifications qui favorisaient cette terminaison.

Si nous voulions citer ici des exemples de ce travail réparateur, nous aurions des faits à emprunter à Abernethy, à Larrey, à Dupuytren, à MM. Clairat et Morpurgo, à M. Bouvier enfin, qui en a tiré un si grand nombre de sa seule pratique. Il suffit d'indiquer ces sources diverses pour prouver toute la puissance des efforts de la nature combinés avec ceux de l'art ; pour prouver qu'il y a, dans cette méthode de traitement guérissant les abcès par congestion sans les ouvrir, trop de chances de salut pour les malades, pour que les

praticiens la laissent à l'oubli dans lequel elle est injustement tombée.

Des considérations précédentes découlent des indications précieuses pour le traitement. Avec M. Bouvier, nous distinguerons deux méthodes curatives, l'une tendant à absorber le pus, l'autre à l'évacuer.

1° *Méthode par absorption.* — Etablissons d'abord, comme proposition générale, qu'il faudra toujours tenter cette méthode, à moins qu'il n'y ait contre-indication positive, par suite de l'état avancé de l'abcès. Intervenir chirurgicalement aussitôt que l'abcès est reconnu est une faute grave, car on enlève au malade les chances d'une guérison exempte de dangers, et on l'expose à des troubles fonctionnels terribles, qui sont nuls tant que l'abcès reste fermé.

Quels seront maintenant les procédés de cette méthode ?

L'abcès étant un accident, un produit d'une affection osseuse, c'est à cette affection, à la source du pus, que nous adresserons d'abord nos remèdes ; puis nous agirons sur la poche purulente même : les parois de cette poche exhalent du pus, elles en résorbent ; aussi nous efforcerons-nous de favoriser, d'activer ce travail d'absorption.

Nous avons bien peu de ressources certaines contre la maladie osseuse. Carie, nécrose, tubercules, ce sont là des affections à évolution déterminée, et nos prétentions peuvent aller tout au plus à aider la nature dans le travail de limitation, de réparation. Nos moyens seront dirigés à la fois vers l'état général et vers l'état local.

Nous disions tout à l'heure qu'on avait trop oublié l'importance du traitement général dans ces maladies ; c'est qu'en effet bon nombre de ces malades portent en eux des dispositions de l'économie, des diathèses qui peuvent empêcher ou retarder la guérison. Découvre-t-on, par exemple, une diathèse syphilitique, on aura grande chance de guérir l'affection vertébrale par la médication spécifique; mais le plus souvent c'est la diathèse scrofuleuse qui domine, c'est donc par la médication antiscrofuleuse qu'il faudra agir. Le traitement sera constitué par les toniques, un bon régime, des conditions hygiéniques favorables sous le rapport de l'habitation, et à l'intérieur, du fer, des préparations d'iode. Dans ces derniers temps, on a accordé à l'iode une large influence dans les affections osseuses, surtout depuis qu'on a recherché le mécanisme de l'efficacité des injections iodées. Plus tard nous examinerons plus longuement cette question ; mais disons de suite qu'un certain nombre de guéri-

sons ont été obtenues par l'usage à l'intérieur des préparations iodiques. M. Déclat de Neboud a publié une très-belle observation de résorption d'abcès par congestion, à la suite de l'administration des pilules de proto-iodure de fer de Gille ; ces pilules ont, en effet, cet avantage de conserver le médicament inaltéré. MM. Trousseau, Bouvier, ont montré, par des exemples, tout le bien qu'on pouvait attendre de la teinture d'iode, de l'iodure de potassium. Le but de cette médication est d'activer le travail d'absorption, et, en même temps, de combattre les causes latentes qui peuvent avoir déterminé la maladie, virus vénérien, scrofules. D'autres succès ont été attribués à l'huile de foie de morue, qui paraît modifier l'économie d'une manière avantageuse.

Les bains sulfureux, les bains de mer, les sels minéraux artificiels de Pennes, seront d'excellents moyens de stimuler les fonctions de nutrition.

Nous ne pouvons pas passer sous silence, à propos de traitement général, celui que conseille M. Piorry. M. Piorry, désespéré par les insuccès que lui donnaient les méthodes mises en usage jusqu'ici, en a cherché et trouvé une autre, rien de plus sage ; mais, avant de proscrire les moyens déjà cités, il faut attendre, pour ceux de M. Piorry, la sanction des expérimentateurs. M. Piorry présente à l'appui de sa proposition des succès, et, comme pendant une pratique de vingt ans il n'avait jamais assisté à une guérison, il a dû saluer sa thérapeutique comme l'aurore d'un avenir meilleur pour ces pauvres malades. Voici les bases du traitement : Il s'agit de hâter la consolidation des os en leur fournissant un de leurs éléments constitutifs, le phosphate de chaux. On donne au malade 15 à 20 grammes par jour de phosphate de chaux, ou de râpure d'os frais, obtenue avec une lime fine, et délayée dans du riz au lait ou administrée d'une autre façon. En même temps une nourriture substantielle et réparatrice est donnée au malade ; les cautères sont proscrits. Au bout de vingt jours de traitement, M. Piorry a pu constater une amélioration notable par la délimitation plessimétrique. Il cite deux cas d'abcès par congestion guéris. Le phosphate de chaux est exclusivement réservé pour le ramollissement et la tuberculisation du rachis ; sur vingt-deux cas d'affection vertébrale, vingt guérisons. M. Piorry réserve l'iodure de potassium pour les autres cas. Nous n'avons pas les éléments nécessaires pour discuter la valeur de ce traitement, nous faisons des vœux pour la réalisation de toutes ces promesses.

Pour compléter l'exposé de ce traitement général, nous ne ferons

qu'indiquer, sans suivre les auteurs dans leurs longues discussions à ce sujet, l'influence du repos et de la position dans la marche de ces affections.

Il est certain que ces mouvements du corps hâtent la fonte des tubercules, empêchent la formation du cal osseux, activent la sécrétion du pus ; mais, d'un autre côté, faire du repos une méthode curative, c'est condamner le malade à une immobilité qui finirait par altérer les fonctions. Il faut donc combiner, dans une sage mesure, le repos et l'exercice.

Examinons maintenant la médication qui se propose pour but d'établir, à l'aide des caustiques et d'une suppuration entretenue pendant longtemps, une irritation permanente dans le tissu cellulaire voisin de la lésion osseuse, irritation destinée à détourner le travail inflammatoire ; les cautères, les moxas, voilà les deux moyens principaux.

C'est une question bien controversée que celle de l'efficacité de ces suppurations extérieures dans les affections vertébrales. Pott avait fait du cautère la base de sa méthode curative, et c'est probablement par respect pour son origine que cette méthode est arrivée jusqu'à nous. Dupuytren, Roux, A. Bérard, élevèrent les premiers des doutes ; Boyer rejeta l'usage des cautères quand l'abcès par congestion avait paru. Peu à peu on s'écarta de cette route banale où on avait suivi Pott, et au lieu de ces cautérisations larges et profondes, on se borne aujourd'hui à entretenir autour de la gibbosité des ulcérations superficielles obtenues par les caustiques. On ne peut qu'applaudir à cette réaction. Avec la plupart des chirurgiens, nous croyons que la marche de l'altération des vertèbres est tout à fait indépendante de l'action des cautères, elle est proportionnée à la gravité de l'affection, à la quantité de tubercules dont les os sont pénétrés. Mais de ce que les cautères sont probablement impuissants à guérir la lésion osseuse ou à diminuer l'abondance de la suppuration, s'ensuit-il que leur usage doive être absolument rejeté? Non, car leur efficacité n'est pas douteuse contre un symptôme de la maladie osseuse, la douleur ; il n'est pas rare de voir un soulagement marqué suivre leur application. Mais hâtons-nous de dire qu'avant d'avoir recours aux cautères, nous userons de plusieurs autres moyens beaucoup moins actifs et souvent heureux, comme les sinapismes, les ventouses sèches, les vésicatoires volants, les cautérisations très-superficielles.

Larrey rejetait les cautères, prétendant que la longue suppuration qu'ils entraînent affaiblissait considérablement les malades,

sans produire la révulsion que l'on désire. Le moxa, selon lui, remplit mieux l'indication de changer les propriétés vitales des parties enflammées. On trouve dans les Mémoires de chirurgie militaire des observations très-remarquables de rachialgie, avec abcès par congestion, guéris par le traitement tonique et les moxas. Il y en a une entre autres qui fait le plus grand honneur à ce dernier moyen; c'est un jeune militaire affecté d'abcès du volume des deux poings, avec déformation des vertèbres dorsales. L'état du malade était désespéré; on applique jusqu'à vingt-quatre moxas, et six mois après, la guérison était complète.

Les chirurgiens de nos jours ont tenu compte de ces faits, et n'ont pas compris les moxas dans la condamnation qui frappait les cautères. Le véritable mode d'action des révulsifs, c'est la stimulation intérieure et extérieure, bien plutôt que la suppuration, qui peut avoir des inconvénients relativement à l'état général des sujets. Il n'est donc pas déraisonnable de croire que les moxas peuvent communiquer à toutes ces parties une excitation violente qui n'est peut-être pas sans influence sur la marche du travail morbide et sur l'absorption des parties voisines. Sans pousser aussi loin que Larrey l'usage de cet adjuvant révulsif, on pourra donc chercher à agir contre la maladie osseuse, en appliquant quelques moxas autour du point malade, et en renouvelant l'application à la chute des escarres.

Quant aux saignées locales, aux ventouses scarifiées, leur usage sera réservé pour des sujets forts, à tempérament sanguin.

Nous venons d'examiner un premier ordre de moyens généraux et locaux destinés à agir contre une des sources du pus, les os malades; voyons maintenant quels sont ceux auxquels nous aurons recours pour activer l'absorption à l'intérieur de la poche purulente et diminuer la suppuration.

On a vu souvent des collections purulentes disparaître rapidement par absorption, à la suite de diarrhée abondante, de sueurs copieuses, ou d'évacuations d'une autre espèce. L'art s'est efforcé d'imiter ce mode de guérison naturelle; on a administré des purgatifs, des sudorifiques, des diurétiques, et en même temps on cherchait, par des stimulants locaux, douches salines ou sulfureuses, vésicatoires ou cautères, à activer l'absorption des parois du foyer. Il y a là, en effet, une série de moyens qui sont d'excellents adjuvants de ceux que nous avons déjà indiqués, et le chirurgien doit les appeler à son aide. Agir dans ce sens sur le foyer même, c'est compléter le traitement dont nous avons établi les bases, et dont le but est de

rechercher la guérison, sans exposer le malade aux dangers qu'entraîne l'ouverture spontanée ou artificielle de la collection purulente.

Cependant il y a des circonstances dans lesquelles la méthode des stimulants viscéraux doit être abandonnée comme dangereuse. La première condition pour mettre ces moyens en usage, c'est que les organes soient disposés à subir leur action ; c'est surtout que le tube digestif soit exempt d'irritation. Il faut donc d'abord constater l'état des organes, en étudier la susceptibilité, s'abstenir ou cesser s'ils ne sont pas intacts ou si quelque trouble naissait à la suite. Ici, plus que jamais, il faut user de réserve, de prudence ; car persister dans cette voie, alors qu'il y a contre-indication, serait non-seulement écarter les chances favorables, mais augmenter la gravité du mal.

Quant aux applications excitantes locales, on n'est pas bien fixé sur leur valeur ; on a conseillé tour à tour l'électricité, les moxas, les vésicatoires, les cautères, la teinture d'iode. Il y a ici un écueil à éviter, c'est que l'irritation qu'on veut produire ne devienne assez active pour déterminer l'inflammation des parois, et, à la suite, une ouverture spontanée. M. Velpeau emploie volontiers les caustiques, à titre de modificateurs locaux ; il a observé un certain nombre de cas dans lesquels, sous l'influence des caustiques, une grande partie et même la totalité du pus avait été résorbée.

Comment agissent ces derniers moyens ? Est-ce en combattant la stimulation provocatrice de l'exaltation du pus ? est-ce en activant le mouvement de la résorption ? Que nous importe le choix qu'on peut faire entre ces deux explications? Laissons là les théories pour ce qu'elles valent ; ne raisonnons, en chirurgie, que d'après les faits : ces moyens peuvent activer la résorption ; ils n'apportent avec eux aucun danger ; il y a tout profit pour le malade à les employer. Répéterai-je ici ce que j'ai dit plus haut, à propos de l'efficacité du traitement général : c'est que l'âge, la constitution du sujet, le volume de la collection purulente, auront une grande influence sur la marche de ce travail de résolution ? Le chirurgien doit prendre conseil des conditions plus ou moins favorables qu'offrent l'organisme en général et l'état local. S'il est des cas où il faut marcher résolûment vers le but, la résorption ; dans d'autres, il faut y renoncer et songer à l'évacuation du pus. Saisir toutes ces nuances, juger de l'opportunité d'un traitement, c'est une affaire de tact chirurgical, dont les livres ne donnent jamais le secret.

Si je me suis longuement étendu sur cette première période du

traitement des abcès par congestion, c'est que je suis convaincu que souvent alors le salut du malade est entre les mains du médecin. Certes, quelque peu avancé que soit le mal, nos ressources contre lui ne sont pas bien certaines ; et cependant hâtons-nous d'en user avec confiance et énergie ; car, si ce mal conserve son activité destructive, un moment va venir où nos ressources contre lui seront bien plus incertaines encore. (*La suite à un prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur la préparation de l'iodure de potassium.

Par M. A. Béchamp, professeur de chimie médicale et de pharmacie à la Faculté de médecine de Montpellier (¹).

Le commerce livre à la consommation de grandes quantités d'iodure de potassium qui, sous la forme de très-beaux cubes d'une parfaite opacité, représente le plus souvent un fort mauvais médicament ; en effet, on sait que, pour obtenir ce sel haloïde sous ce bel aspect, il faut le faire cristalliser dans une liqueur contenant un excès de potasse caustique.

J'ai eu récemment l'occasion d'examiner un échantillon d'iodure de potassium de la plus belle apparence, mais si alcalin, qu'il fallut 50 grammes d'iode à l'état d'acide iodhydrique pour en neutraliser un kilogramme. Cet iodure contenait donc près de 2gr,5 de carbonate de potasse ou de potasse caustique sur 100. Cette proportion d'alcali a généralement varié de 1,5 à 2 pour 100 dans d'autres échantillons que j'ai examinés. On conçoit les inconvénients fâcheux qui peuvent résulter de la présence d'un trop grand excès d'alcali dans un médicament que l'on prescrit souvent à doses élevées.

L'iodure de potassium ne doit pas bleuir le papier de tournesol rougi par les acides.

Les pharmaciens, ne devant pas délivrer d'iodure de potassium alcalin, sont obligés, lorsque le cas se présente, de le neutraliser, ce qui cause presque autant d'embarras que pour en préparer de toutes pièces.

Les deux procédés ordinaires de préparation (par la potasse et l'iode ou par l'iodure de fer et le carbonate de potasse) sont trop compliqués et ne donnent presque jamais la quantité d'iodure correspondante à celle qu'indique la théorie.

Voici un procédé plus pratique, qui donne de l'iodure très-pur,

(¹) Annales cliniques de Montpellier.

et en même temps occasionne le moins de perte possible : il consiste à saturer le carbonate de potasse par l'acide iodhydrique.

Je prépare la dissolution d'acide iodhydrique en dirigeant un courant d'hydrogène sulfuré dans de l'eau qui tient de l'iode en suspension. Pour opérer commodément, je construis un appareil de Wolf composé : 1° d'un flacon générateur du gaz sulfhydrique; dans ce flacon, qui doit être à trois tubulures et muni d'un tube en S, on introduit 40 grammes de sulfure de fer pour chaque 100 grammes d'iode que l'on se propose de convertir en acide iodhydrique, et assez d'eau pour bien baigner le sulfure ; 2° d'un flacon laveur contenant assez d'eau pour bien laver le gaz ; 3° d'un troisième flacon à trois tubulures, dans lequel on introduit une couche de fragments de verre de la hauteur d'environ 2 centimètres, et pour chaque hectogramme d'iode au moins 300 grammes d'eau distillée ; 4° enfin d'un dernier flacon dans lequel on met de l'eau et un peu d'iode, pour retenir l'acide iodhydrique et le gaz sulfhydrique qui pourraient se dégager.

Les tubes de communication sont composés de deux pièces réunies par des tubes de caoutchouc vulcanisé, qu'il importe de prendre assez longs pour que toutes les pièces jouissent d'une certaine mobilité. Le tube qui amène le gaz dans le flacon qui contient l'iode doit plonger jusqu'au fond. L'appareil, une fois construit, peut servir indéfiniment.

Tout étant disposé, on verse de l'acide chlorhydrique du commerce par le tube en S du générateur d'hydrogène sulfuré, par portions, de manière à obtenir un courant régulier de gaz.

Aussitôt que le gaz sulfhydrique arrive sur l'iode, on agite le flacon qui le contient, ce que permet la longueur des tubes de caoutchouc ; l'eau se colore de plus en plus, devient brun foncé par l'abondante dissolution de l'iode dans l'acide iodhydrique qui se forme sans cesse, et l'hydrogène sulfuré se trouve complétement absorbé. A partir de ce moment, il suffit d'agiter de temps en temps pour remettre de l'iode en contact avec la masse du liquide, ce qui est rendu singulièrement facile par les fragments de verre qui le divisent ; l'opération est beaucoup moins régulière sans l'emploi de ces fragments de verre, car l'iode se tasse alors, s'agglomère et n'est plus que difficilement remis en suspension et atteint par le gaz sulfhydrique. Ce n'est que lorsque l'iode a disparu, quand la dissolution est complétement décolorée, que l'hydrogène sulfuré passe dans le dernier flacon. Si l'appareil est bien construit, on ne sent pas du tout l'odeur sulfhydrique.

Le soufre qui se dépose pendant la réaction retient un peu d'iode. Mais lorsque la décoloration est achevée, il y a un excès d'acide sulfhydrique dans la dissolution ; il suffit donc d'abandonner à lui-même le flacon bouché, pendant une ou deux heures, et de remuer de temps en temps pour que cet iode soit atteint et enlevé.

La dissolution d'acide iodhydrique formé retient, avec l'excès d'hydrogène sulfuré, un peu de soufre très-divisé qui ne se dépose que lentement. Pour chasser le premier et faire déposer le second, il suffit de chauffer doucement la liqueur dans une capsule de porcelaine. Lorsque l'odeur d'œufs a disparu, tout le soufre s'est déposé.

Sans séparer le soufre, on sature l'acide encore chaud par du carbonate de potasse pur ; il faut un peu moins de 54 grammes de ce sel calciné pour 100 grammes d'iode du commerce, et environ 60 grammes de carbonate de potasse simplement desséché. Il convient de réserver un peu de liqueur acide, et, après avoir légèrement sursaturé le reste, on neutralise de nouveau par l'acide réservé, en ayant soin de rendre la liqueur très-légèrement acide. Cela fait, on filtre, on fait évaporer, et du coup l'iodure se dépose à l'état de pureté et de neutralité parfaites. Cependant quelquefois il se dépose, pendant la cristallisation, une matière floconneuse qui salit les cristaux. Pour détruire cette substance, on évapore toute la masse dans une bassine de fer, et on porte la température jusqu'au rouge après avoir couvert la bassine afin d'éviter une perte d'iodure. Le produit refroidi est repris par une fois et demie son poids d'eau ; on chauffe un peu, on filtre rapidement, et par le refroidissement le sel cristallise. Si l'on emploie une plus grande quantité d'eau et qu'on fasse évaporer à l'étuve, les cristaux deviennent plus gros, mais ce surcroît de travail est parfaitement inutile [1].

Tout le monde conviendra que ce procédé doit donner un produit à l'abri de tout reproche. Il est expéditif, car en surveillant en même temps d'autres opérations au laboratoire, on peut préparer 1 kilogramme d'iodure par jour. Il est économique : 1° parce qu'il est inutile d'employer de la potasse caustique, dont le prix est si supérieur à celui du carbonate ; 2° parce que la perte est presque nulle : dans une expérience faite en vue de cette note, 163 grammes d'iode ont donné 212 grammes d'iodure fondu parfaitement neutre ; le calcul

[1] Les cristaux obtenus sont transparents. Les cristaux de l'iodure du commerce sont opaques. L'iodure de potassium opaque est nécessairement alcalin : ce caractère est un signe certain que le produit doit être purifié. C'est une erreur de croire que l'iodure alcalin est préférable pour la préparation de la pommade iodurée ; c'est le contraire qui est exact : l'iodure alcalin est nuisible.

exige 213 grammes ; 3° parce que le protochlorure de fer qu'on obtient accessoirement, étant d'une grande pureté, peut être employé dans la préparation de plusieurs produits pharmaceutiques. Si l'on voulait même aller plus loin, il suffirait de recueillir le soufre qui se dépose dans la préparation de l'acide iodhydrique, et de le faire servir de nouveau dans la fabrication du sulfure de fer.

Rien n'empêche d'ailleurs d'utiliser l'hydrogène sulfuré qui se dégage dans la préparation du protochlorure d'antimoine ; ou plutôt il serait bon de se servir du sulfure d'antimoine : on obtiendrait du beurre d'antimoine avec lequel on préparerait la poudre d'Algaroth qui servirait à faire de l'oxyde d'antimoine, et par suite de l'émétique, très-économiquement. C'est ainsi que, dans un laboratoire de pharmacie, plusieurs opérations se tiennent, et que l'on peut réaliser des économies dont profitent, dans l'état actuel des choses, les grandes fabriques.

Comme la présence de l'hydrogène libre ne gêne pas dans la préparation de l'acide iodhydrique, voici comment il convient de préparer le sulfure de fer.

Dans un pot de terre ordinaire, plus profond que large, on introduit le mélange de limaille et de soufre du Codex, 2 kilogrammes, par exemple, et on le recouvre d'une couche de 150 grammes de limaille de fer. Le pot, étant couvert, est placé sur un *fromage*, dans un fourneau de laboratoire, et entouré de charbon noir. Le feu est allumé par en haut. La couche de limaille de fer est destinée à retenir le soufre, dont la combustion est si incommode : on comprend, en effet, qu'en opérant ainsi il est presque impossible que du soufre se dégage. D'autre part, on arrête l'opération dès que le phénomène de l'incandescence a cessé. Il n'est pas nécessaire de porter la température jusqu'à fusion du sulfure. De cette manière, un pharmacien peut se procurer, à peu de frais et sans incommodité, 2 ou 3 kilogrammes de sulfure de fer en moins d'une heure.

Préparation extemporanée du chlore comme désinfectant.

Le chlorure de chaux, généralement employé dans les cas où il s'agit de dégager du chlorure pour désinfecter une salle, outre son prix, a l'inconvénient de s'épuiser assez rapidement. M. Lambossy lui substitue la préparation suivante, aussi simple que peu coûteuse :

Pr.	Sel de cuisine....	2 cuillerées à soupe.
	Minium..............................	2 cuillerées à café.
	Acide sulfurique du commerce.........	1 verre à liqueur.
	Eau froide..........................	1 litre.

Mêler le minium avec le sel de cuisine, et introduire le tout dans une bouteille remplie d'eau ; ajouter ensuite, petit à petit, l'acide sulfurique et agiter à plusieurs reprises.

La réaction commence aussitôt et se complète en quelques minutes. Il se forme du sulfate de plomb qui se précipite, du sulfate de soude et du chlore qui restent dissous dans l'eau. Ce dernier, qui donne au liquide une couleur jaune, se dégage dès qu'on ouvre la bouteille. Pour produire un dégagement rapide, on verse le liquide dans des assiettes plates, afin d'offrir une large surface à l'évaporation.

Santonate de quinine et de cinchonine.

Par M. Pavesi (¹).

On sait que la santonine est une substance analogue aux acides gras, voisine jusqu'à un certain point des huiles éthérées, sans réaction, acide, mais formant avec des bases (potasse, soude, magnésie, baryte) des sels qui cristallisent. Tel est le cas avec les deux alcaloïdes susmentionnés. L'auteur prend dans ce but : santonine pure et cinchonine pure, ââ 50 grammes; noir d'ivoire dépuré, 10 grammes ; esprit-de-vin de 36°, 1,000 grammes; il fait bouillir le tout dans un petit alambic, qu'il tient clos pendant quelques minutes, pour filtrer la solution bouillante à travers du papier, la distiller à une chaleur modérée au bain-marie, jusqu'à réduction de 800 grammes ; on le retire alors du feu pour le laisser vingt-quatre heures au frais, ce qui laisse cristalliser le santonate de cinchonine, qu'on recueille sur un filtre à la température ordinaire : les eaux mères en contenant une certaine quantité peuvent être employées pour d'autres préparations. — Si l'on chauffe pendant quelques minutes le sel pulvérisé dans un matras de verre contenant de l'eau additionnée d'une légère quantité d'acide sulfurique, la santonine se précipite.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouveaux faits de hernies étranglées réduites sous l'influence de l'action du café.

Les graves dangers qui menacent les individus soumis à l'opération de la kélotomie suffisent pour justifier l'accueil que font les praticiens aux médications qui ont pour but de triompher de l'étran-

---

(¹) Répertoire de Pharmacie.

glement herniaire. La résistance des malades à toute opération sanglante vient d'ailleurs nous fournir de fréquentes occasions de contrôler la valeur des moyens nouveaux. Bien des remèdes ont déjà été proposés pour venir en aide aux manœuvres de la réduction. La plupart de ces procédés thérapeutiques agissent directement sur l'anneau, comme l'application de sangsues, celle de vessies remplies de glace pilée, les douches d'eau froide, les onctions de pommade de belladone. Les expérimentateurs ont encore cherché à y ajouter des agents médicamenteux s'adressant à la contractilité de l'intestin. Quelques conquêtes ont été faites dans cette voie : témoin les effets des lavements de décoction ou de fumée de tabac, l'usage intérieur des extraits d'opium ou de belladone. Devons-nous y joindre l'action du café, signalée par M. le docteur Durand comme une pratique courante à la Havane? Cette médication serait précieuse, comme vous le faites remarquer, si des faits nombreux venaient sanctionner les résultats annoncés par notre confrère, car l'emploi des agents narcotiques n'est pas toujours sans danger dans ce cas. L'infusion de café m'ayant donné, à quelques jours d'intervalle, deux faits de succès, je m'empresse de vous les adresser, afin de répondre ainsi à l'appel que vous faites dans votre numéro du 15 juin.

Obs. I. Le 24 mai dernier je fus appelé à une campagne des environs de notre petite ville pour donner mes soins à une femme atteinte d'étranglement herniaire. Cette femme, âgée de soixante-deux ans, avait vu apparaître sa hernie, il y a deux ou trois ans, à la suite de travaux pénibles. Comme l'intestin était libre et se réduisait facilement, chaque fois qu'il sortait, la malade n'avait jamais voulu se résoudre à porter un bandage, malgré les recommandations pressantes de son médecin. Le 23, dans la matinée, la hernie, qui était maintenue seulement par une serviette, sortit de nouveau, et toutes les tentatives pour la faire rentrer furent inutiles. Quelques heures après, de légères douleurs commencèrent à se faire sentir ; elles ne tardèrent pas à devenir de plus en plus vives, et tous les symptômes de l'étranglement se déclarèrent. A mon arrivée je trouvai la malade en proie à des souffrances excessivement intenses. Le moindre attouchement, la plus légère pression exercée sur la hernie, qui était très-dure et du volume d'un œuf de poule, provoquaient des douleurs très-vives. Les vomissements persistaient depuis la veille au soir, et, vers le matin, il y avait eu rejet de matières stercorales. C'est l'apparition de ce nouveau symptôme qui avait décidé la malade à réclamer l'assistance d'un médecin. L'impossibilité de pratiquer le taxis m'engagea à essayer le procédé de

M. Durand. Comme je n'avais pas présentes à la mémoire les doses indiquées par notre confrère, j'ordonnai de faire une infusion de café, comme on le prépare pour les usages de la table, et j'en prescrivis une tasse tous les quarts d'heure. Je quittai la malade, recommandant qu'on vînt me prévenir si les symptômes persistaient et si la hernie n'était pas rentrée au bout de trois ou quatre heures. Je restai sans nouvelles pendant la soirée; aussi, le lendemain de bonne heure, je me hâtai d'aller voir la malade. Quel ne fut pas mon étonnement de la trouver devant la porte de sa maison, occupée à donner à manger à sa volaille. Elle me raconta alors qu'après avoir pris la quatrième tasse de café elle avait senti quelques légers gargouillements, et que ceux-ci devinrent plus forts et plus fréquents jusqu'à la neuvième tasse, époque à laquelle la hernie rentra spontanément. Quelques coliques persistèrent une partie de la nuit; elle s'était enfin endormie pour se réveiller complétement guérie.

Obs. II. Trois jours après, le mercredi 27 mai, on vint me prier de passer à la gendarmerie de notre ville pour visiter Mme X..., en proie à de violentes coliques. Cette dame, âgée d'environ cinquante-cinq ans, d'une robuste constitution, est affectée depuis quelque temps d'une hernie crurale droite. Il y a deux mois, cette hernie s'étrangla; appelé quelques instants après l'accident, j'en opérai la réduction par le taxis. Le mercredi matin, notre malade se lève à cinq heures pour travailler à son jardin; son bandage la gênant un peu, elle l'enlève et reprend son travail, mais la protrusion de l'intestin a lieu aussitôt. Quelques coliques se manifestent et sont accompagnées d'un besoin d'aller à la garde-robe. Mme X... rentre chez elle, fait préparer un bain; mais à peine y est-elle depuis quelques minutes qu'elle éprouve une syncope. A sept heures et demie les vomissements se manifestent. Je vois la malade à onze heures; la hernie présente, comme la première fois que je l'avais vue, le volume d'un œuf de pigeon; elle est très-dure. J'essaye, mais inutilement, de la faire rentrer. Les bons effets que j'avais obtenus du café, dans le cas précédent, m'engagent à tenter un nouvel essai. J'ordonne donc de faire infuser 250 grammes de café en poudre dans douze tasses d'eau bouillante, à prendre par tasse de quart d'heure en quart d'heure. Je fais remettre la malade au bain pendant qu'on prépare le café. A une heure après midi, je reviens voir la malade. Deux tasses seulement ont été prises, et déjà quelques gargouillements se font sentir; néanmoins les douleurs sont aussi vives et la malade fait appliquer sur sa tumeur une feuille de mauve trempée dans de

l'huile chaude. A trois heures je revois encore la malade et je constate que la hernie vient de rentrer. Sept à huit tasses de café avaient été prises. Le lendemain Mme X... reprend son bandage, qu'elle promet de ne plus quitter, et vaque à ses occupations habituelles.

Ces deux faits ne sont pas de nature à trancher la question de l'efficacité de l'action du café dans l'étranglement herniaire ; toutefois ils suffiront, ajoutés à celui du docteur Triger (t. LII, p. 518), pour provoquer de nouveaux essais. Rien ne s'opposerait d'ailleurs à ce que l'on vint en aide à cette action par la position du malade, c'est-à-dire en le plaçant sur un matelas ployé en double, afin d'élever fortement son bassin, et même en pratiquant des onctions de pommade à la belladone sur la tumeur. L'expérimentation n'est permise qu'autant qu'elle ne saurait nuire au malade ; or, nous sommes appelés rarement au début des accidents. Les malades sont parvenus souvent à réduire eux-mêmes leur hernie, et ils espèrent toujours en triompher. Trop souvent, lorsque nous arrivons près d'eux, ce n'est pas trop alors de toutes les ressources de l'art pour leur éviter une opération sanglante. L. Carrère,

à Marnac (Gers).

BULLETIN DES HOPITAUX.

De quelques phénomènes critiques considérés comme moyens curateurs dans les maladies chroniques. — Si la succession d'une maladie à une autre constitue le plus souvent une complication fâcheuse, une aggravation qui semble défier les efforts de l'art, il arrive quelquefois, au contraire, que l'affection incidente joue, par rapport à l'affection primitive, le rôle d'une crise salutaire, d'un effort curateur. C'est là un fait dont la notion était presque vulgaire jadis et qui semble de nos jours avoir perdu sa véritable signification. Quoi de plus important cependant pour le praticien, si ce n'est de saisir les indications qui ressortent de ce fait ; d'en recueillir, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, tout le bénéfice au profit des malades, et surtout de ne point opposer une thérapeutique perturbatrice et inopportune à un ordre de phénomènes morbides qui doivent avoir pour dernier résultat la guérison d'une maladie chronique plus ou moins rebelle? Tels sont les principes que les deux observations suivantes, recueillies dans le service de M. le professeur Devay, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, sont destinés à mettre en relief.

Hématémèse; signes apparents d'une lésion organique : guéri-

son rapide coïncidant avec le développement d'un eczéma général. — Une femme de soixante et un ans entre, le 5 mai 1856, à l'Hôtel-Dieu (service de M. le professeur Devay). Cette malade, d'une constitution détériorée, éprouve depuis quatorze mois des digestions pénibles; elle vomit après ses repas; depuis un mois et demi ces symptômes se sont aggravés; les digestions sont devenues de plus en plus difficiles, les vomissements ont augmenté de fréquence. Lors de son entrée, on constate l'état suivant : facies amaigri, teint jaune paille, œil éteint; vomissements glaireux accompagnés de vives douleurs à l'épigastre. L'examen de cette région ne fait reconnaître aucun engorgement. (Prescription : conserves de roses avec 2 gram. d'extrait de quinquina, potion laudanisée; eau de Saint-Alban; un vésicatoire au bras.)

Le 9, une abondante hématémèse a lieu. (Potion avec l'eau de Rabel, tisane de grande consoude.) Les vomissements noirs sont suspendus jusqu'au 13, époque à laquelle la malade rend une assez grande quantité de matière noire. La faiblesse devient de plus en plus prononcée. Même état jusqu'au 10 juin, époque à laquelle il survient de la diarrhée. (Tisane de riz et de diascordium, potion avec l'extrait de ratanhia et le sirop de coings.)

Le 15 juin, la diarrhée est modérée, mais les vomissements ont toujours lieu et suivent presque immédiatement l'ingestion de légers potages. Eruption aphtheuse dans l'intérieur de la bouche et sur les piliers du voile du palais. (Poudre de Colombo avec poudre de racine de belladone, un nouveau vésicatoire, eau de Vichy.)

Le 17. Quelques vésicules d'eczéma apparaissent à la nuque et sur la partie supérieure de la poitrine. Les vomissements diminuent à dater de ce jour. Un cautère est appliqué au bras. Tisane de racine de patience avec le sirop de Portal.

A partir de ce moment un prurit général est accusé par la malade et l'affection cutanée se généralise de plus en plus; bientôt elle couvre presque tout le tronc et les membres supérieurs. Le besoin de prendre des aliments se fait sentir, et leur ingestion n'est plus suivie de ces vomissements opiniâtres.

Le 4 juillet, une métamorphose presque complète s'était opérée chez cette malade qui commençait à reprendre ses habitudes alimentaires et à voir en même temps revenir ses forces.

Le 22 juillet, elle quittait l'hôpital en parfaite santé.

Dans l'observation suivante, on verra une modification très-heureuse suivre le développement d'une éruption psorique contractée par le malade au contact d'un de ses voisins de lit.

— Joseph P..., âgé de dix-neuf ans, entre à l'hôpital le 17 octobre 1856, en proie depuis deux mois à une toux fréquente accompagnée de dyspnée, d'expectoration muqueuse, et précédée de plusieurs hémoptysies assez abondantes. La percussion faisait entendre de la matité au sommet des deux poumons en avant. A l'auscultation, on percevait en avant une respiration soufflante à droite et à gauche, avec retentissement et vibration de la voix, expiration très-prolongée; en arrière, quelques râles de craquements humides dans les fosses sus-épineuses, sans autres bruits anormaux. Langue rouge, anorexie, ventre indolent; selles normales ou demi-liquides, sueurs nocturnes ; amaigrissement considérable, faiblesse générale, pouls fréquent (85). Les bruits du cœur sont clairs, pas de bruit de souffle carotidien. La voix est creuse, faible et voilée. (Prescription : tisane de lichen et de lait, sirop de proto-iodure de fer. Quelques jours après, sirop antiscorbutique, huile de foie de morue.)

L'état du malade demeura stationnaire jusqu'aux premiers jours de décembre. A cette époque, l'expiration prolongée, les craquements humides, la toux n'ont pas changé. Il existe, en plus, de la diarrhée. (Pilules de Morton, bouillon pectoral, sirop iodo-tannique, huile de foie de morue.)

Le 7 décembre. Le malade accuse un prurit incommode dans les espaces interdigitaux et aux avant-bras. Comme son voisin de lit était atteint de la gale, on soupçonne une éruption psorique. L'inspection de plusieurs sillons en fournit bientôt la certitude.

En présence de ce phénomène qu'il croit devoir respecter, M. Dévay prescrit une tisane dépurative et quarante pilules de douce-amère de 0,05 centigr. chacune, à prendre dans les vingt-quatre heures.

Le 11 décembre, apparaît une éruption papulo-vésiculeuse, localisée surtout au lieu d'élection de la gale.

Le 14 décembre. Des pustules d'impétigo se montrent disséminées sur diverses parties du tronc et des membres. Six pastilles soufrées; le reste *ut suprà*.

Le 19. A l'auscultation, on ne perçoit plus que quelques craquements humides très-rares ; le retentissement de la voix et l'expiration prolongée ont diminué en force et en durée. Deux vésicatoires d'abord, puis un cautère, sont appliqués.

Depuis cette époque jusqu'au moment de sa sortie de l'hôpital, le malade fut soumis à l'administration des Eaux-Bonnes, des pastilles soufrées et de la douce-amère. L'examen de la poitrine, pratiqué plusieurs fois et au moment même du départ du sujet, le 14 jan-

vier, ne fait plus percevoir qu'un peu de rudesse de la respiration. Les craquements humides ont entièrement disparu, l'expiration prolongée est à peu près insensible. La diarrhée, les sueurs n'existent plus ; l'état général, en un mot, s'est amélioré d'une manière sensible. Le malade a été revu souvent depuis. Cet état s'est maintenu.

Bien que dans ces deux cas le médecin ne soit point resté inactif et qu'il y ait une certaine part à faire dans le résultat à l'intervention thérapeutique, il ne nous en paraît pas moins ressortir que le rôle principal revient à l'action critique exercée par la maladie adventive. La thérapeutique, dirigée en vue du résultat auquel tendait la nature, n'a fait ici qu'en seconder les effets.

Chorée a forme hémiplégique liée a la syphilis ; emploi de l'iodure de potassium ; guérison. — On ne sait pas assez que la chorée peut être secondaire ou symptomatique d'une foule d'affections très-diverses, très-différentes les unes des autres, parmi lesquelles la syphilis occupe une plus grande place qu'on ne le croit communément. La chorée syphilitique existe, et son diagnostic serait quelquefois bien difficile si l'on n'avait les antécédents du malade et si la chorée n'affectait assez généralement la forme hémiplégique. L'observation suivante, recueillie il y a quelques années dans le service de notre regretté collaborateur, M. Sandras, nous paraît donc bonne à publier, parce qu'en même temps qu'elle établit l'existence de cette forme de chorée, elle montre toute l'influence des préparations iodurées sur cette affection.

Joséphine L., âgée de vingt ans, couturière, d'un tempérament lymphatique, était entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Sandras, le 20 mars 1855. Habituellement bien réglée, mère d'un enfant deux ans auparavant, n'ayant jamais eu ni affections convulsives, ni rhumatismes, ni scrofules, cette jeune fille paraissait avoir eu en août 1854 un écoulement jaune verdâtre, dont elle était parfaitement guérie, lorsque, dans les premiers jours de février 1855, elle vit apparaître aux parties génitales des chancres nombreux et douloureux. Un mois et demi après l'apparition de ces premiers accidents, elle était affectée de plaques muqueuses nombreuses et ulcérées, situées aux parties sexuelles.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, la face interne des amygdales présentait des plaques de même nature que celle des parties sexuelles, mais non ulcérées. Syphilide papuleuse commençante sur la peau, avec engorgement des ganglions cervicaux ; pas de trace d'adénite

suppurée. Ulcération du col de l'utérus non granulée, légèrement sanguinolente; écoulement leucorrhéique peu abondant. (Une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure, tisane et sirop sudorifiques; cautérisation des plaques avec le nitrate d'argent, pansement avec le chlorure de soude.)

Sous l'influence de ce traitement, continué jusque vers la fin de mai, la malade allait de mieux en mieux, lorsque, le 25 du même mois, elle fut subitement prise de malaise, de céphalalgie frontale et oculaire, de fièvre. A ces symptômes généraux succéda une éruption vésiculo-pustuleuse de forme herpétique, avec une coloration cuivrée caractéristique, ayant pour siége la région lombaire, les fesses et les parties externes des cuisses. Plus tard, apparition dans le cuir chevelu d'une syphilide pustulo-crustacée de même nature, pendant que les ganglions cervicaux latéraux et postérieurs se tuméliaient. (Les pilules de proto-iodure furent remplacées par une cuillerée le matin, par deux cuillerées par jour de liqueur de Van-Swieten et par une solution d'iodure de potassium, 6 grammes pour 150 grammes d'eau, une cuillerée à soupe chaque jour; pommade au calomel au 30e en application topique, un bain de vapeur tous les jours.)

Sous l'influence de ce traitement, la syphilide pustuleuse ne tarda pas à se modifier; les pustules pâlirent, s'affaissèrent; de nouvelles pustules se montrèrent bien encore, mais elles avortèrent rapidement. Enfin, le 22 juillet dans la soirée, la malade se plaignit d'une céphalalgie intense, d'une douleur occipitale très-vive, éprouva des vomissements, de l'insomnie, des étourdissements; face vultueuse, yeux injectés et saillants, parole brève et saccadée. Le 26 au matin, la malade ressentit dans le bras gauche d'abord, puis dans la jambe du même côté, des mouvements involontaires, des contractions spasmodiques saccadées; en même temps, elle éprouvait un affaiblissement notable dans toutes les parties, depuis le coude jusqu'au bout des doigts. Mêmes douleurs dans les muscles antérieurs de la jambe, avec sentiment de faiblesse dans le genou, au point que, dans la progression, la jambe fléchissait sous le poids de son corps, pendant que le pied exécutait un mouvement de rotation en dedans. Impossibilité de manger avec la main gauche; la cuiller, lorsqu'elle l'approchait de sa bouche, était aussitôt jetée loin du corps. Langue déviée à droite, œil droit plus saillant que le gauche, muscles de la face agités de mouvements convulsifs, sensibilité cutanée normale. Rien d'anormal dans le côté droit.

Dès l'apparition de ces accidents nerveux, la céphalalgie occi-

pitale céda bientôt : la dose d'iodure de potassium fut portée à 20 grammes pour 500 grammes d'eau, trois cuillerées à soupe par jour. Le 1er août la chorée hémiplégique avait atteint son maximum. A partir du 3 jusqu'au 10, les phénomènes choréiques diminuèrent notablement ; la malade était tombée, plusieurs fois pendant la nuit, du haut de son lit. Le 12, il n'y avait plus qu'un léger tremblement dans les membres supérieurs gauches ; absence complète de mouvements involontaires. Le 15, légers mouvements involontaires dans la paupière inférieure gauche, mouvements dont la malade n'avait pas connaissance. Tous les autres phénomènes précités avaient disparu. Le 20, guérison complète ; continuation de l'iodure de potassium.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchements (*Indication de l'emploi du seigle ergoté et du borax dans les*). Il y a quelques années que le borax a été proposé comme succédané du seigle ergoté, à cause de la propriété qu'il paraît avoir de provoquer des contractions utérines. M. Spengler, d'Ems, a cherché à poser les indications spéciales de ces substances. Suivant lui, le borax est préférable lorsque la femme est en proie à une exaltation de sensibilité, qu'il y a un état spasmodique, des crampes, des douleurs, ou bien quand il y a des symptômes gastriques, du spasme, acidité des premières voies, état bilieux. Le seigle ergoté réussit mieux chez les personnes molles, leucophlegmatiques, à fibre relâchée. Quand la femme est profondément épuisée, physiquement et moralement, quand les douleurs sont très-vives, insupportables, une addition d'éther au seigle est le meilleur calmant. Il est probable que le chloroforme rendrait le même service, car c'est la propriété anesthésique de ces agents qu'il faut rechercher. M. Spengler préfère l'infusion préparée avec 2 à 4 grammes sur 100 de liquide ; l'éther y est ajouté à la dose de 2 grammes environ. On donne une cuillerée tous les quarts d'heure ; s'il existe un état gastrique, de la constipation, l'huile de ricin suffira souvent seule pour ranimer les contractions utérines. (*Schmidt's Jahrb.* et *Annuaire de Thérapeutique.*)

Benzine *contre les parasites de l'homme, et en particulier contre la gale.* En rendant compte des résultats des expériences instituées par M. Reynal, à l'École vétérinaire d'Alfort, pour la destruction des parasites des animaux, à l'aide de la benzine, nous disions, t. XLVII, p. 101 : « La benzine constitue le meilleur parasiticide connu, et un moyen d'autant préférable qu'elle ne produit aucune altération de la peau, qu'elle s'évapore promptement, et qu'elle n'expose à aucun des dangers que produisent plusieurs des anthelmintiques. » Et nous tirions de la la conclusion que cet agent pourrait être employé avec avantage chez l'homme, dans les cas de phthiriase, et généralement contre tous les parasites, peut-être même contre la gale. Quelque temps après, M. le docteur Lambert, de Poissy, venait témoigner de la justesse de nos prévisions relativement au traitement de cette dernière maladie par la benzine. Ce praticien annonçait en avoir triomphé promptement à l'aide d'une pommade composée de 60 grammes de benzine pour 250 grammes d'axonge. Le docteur Barth, médecin à Berstett, fait connaître à son tour les succès qu'il a obtenus, dans les cas de phthiriase et de gale, au moyen de la même substance employée pure. Voici sa manière de procéder dans cette dernière maladie. Il fait d'abord frotter ses malades avec un linge sec ; lorsque la peau est rubéfiée, il y fait appliquer immédiatement la benzine. Il résulte

de ce contact une forte sensation de brûlure aux endroits seulement où se trouvent les vésicules, sensation qu'il attribue, sans attacher d'ailleurs une grande importance à cette explication, à l'agonie dans laquelle se débat l'acarus scabiei. Une heure environ après la friction de benzine, les vésicules sont desséchées et simulent un psoriasis guttata; la guérison est complète, et il ne reste plus qu'à administrer un bain, plutôt comme moyen de propreté que comme pouvant contribuer en rien à l'action curative.

Cet agent, par la simplicité, la facilité de son emploi, par la rapidité de son action, est peut-être destiné à remplacer avantageusement la plupart des moyens auxquels on a eu recours jusqu'ici dans le traitement de la gale. Il en sera de même dans les cas de poux, de *pediculi pubis*, etc. Peut-être aussi la benzine pourra-t-elle être utilisée dans le traitement du favus; c'est du moins ce qu'il semble permis d'espérer des tentatives faites dans ce sens par M. Michel. (*Gazette méd. de Strasbourg.*)

Blépharospasme *non inflammatoire des enfants* (*Utilité de la codéine dans le*). On sait combien le spasme de la paupière est fréquent dans l'ophthalmie scrofuleuse et quels obstacles il oppose à un traitement convenable de cette affection. M. le professeur Mauthner recommande de frictionner, au moyen d'un pinceau, deux ou trois fois par jour les paupières avec une solution de 1/2 gramme de codéine sur 4 grammes d'huile d'amandes douces, mélange que l'on doit conserver dans une bouteille recouverte de papier noir. Huit à quinze jours de ce traitement font raison du blépharospasme. On sait d'ailleurs que la eiguë tachetée et même le persil sont des remèdes populaires contre la photophobie. (*J. fur Kindkrank.*)

Citron (*Action diurétique du*). Un médecin russe, le docteur Trinkowsky, accorde une grande confiance au citron, dont, depuis dix sept ans, il a souvent pu apprécier la puissance diurétique. Ce médicament lui a réussi dans des cas où des remèdes énergiques avaient échoué et où déjà on avait eu recours à la paracentèse.

A l'appui de ce qu'il avance, il relate le fait suivant; nos lecteurs regretteront comme nous que la cause de l'hydropisie soit complètement passée sous silence. Quoi qu'il en soit de cette regrettable lacune, voici le fait clinique qui fait voir quel est le mode d'emploi du citron.

Obs. Une femme de trente ans porte depuis plusieurs années une ascite considérable, qui a résisté aux diurétiques les plus énergiques et à deux ponctions successives. La malade, dans un état d'épuisement très-alarmant, est mise à l'usage du citron. Trois jours de suite elle prit un citron préalablement dépourvu de son écorce et mêlé à du sucre. Chacun des trois jours suivants elle prit deux citrons, puis trois citrons; elle arriva à prendre ainsi chaque jour dix huit citrons. En même temps elle fut soumise à un régime animal. Un pyrosis qui se manifesta fut combattu par un mélange de sucre et de magnésie. Le septième jour, l'action diurétique du médicament fut plus intense que celle produite par aucun autre médicament; elle persista pendant toute la durée de la cure. Chaque jour la malade avait deux ou trois garde-robes; quand elles devenaient plus fréquentes on interrompait le traitement pendant un jour. Au bout de deux mois et demi la guérison était complète (*Med. Zeitg. Russl*, nº 42, et *Medic. chirurg. Monatsh*, mars.)

Constipation (*Traitement hygiénique de la*). La paresse habituelle des intestins, qui ne reconnaît aucune cause spéciale et contre laquelle on emploie journellement de nouveaux moyens, est combattue plus efficacement par des moyens purement hygiéniques.

Les causes les plus communes de cet état morbide sont, suivant le docteur Phœbus: 1º une trop faible consommation de certains aliments qui favorisent les évacuations alvines tels que l'eau, les fruits, la salade, le lait caillé, le miel, les corps gras; 2º le manque de mouvement; 3º le manque d'exercice du gros intestin.

Sans avoir recours à aucun médicament, on peut combattre cet état par les mesures hygiéniques suivantes: 1º absorber une quantité suffisante d'aliments laxatifs; 2º se donner assez de mouvement; 3º soumettre le gros intestin à une certaine gymnastique.

L'auteur combat l'opinion d'après laquelle les sphincters de l'anus répondent seuls à la volonté, en disant que le rectum lui même reçoit quelques filets nerveux des nerfs sacrés. De plus, le gros intestin tout entier, quoique uniquement sous l'influence

du système nerveux ganglionnaire, peut être amené à concourir à la défécation lorsqu'on l'y provoque par des mouvements communiqués au rectum ou aux parois abdominales, ou mieux encore à ces deux organes à la fois. L'exercice peut augmenter ce pouvoir du gros intestin. On parvient ainsi, au moyen de cette gymnastique intestinale à acquérir une grande puissance sur le gros intestin et à pouvoir provoquer la défécation presque à volonté.

Cette gymnastique intestinale est préférable à tous les autres moyens, tels que la malaxation, les frictions des parois abdominales, la gymnastique proprement dite, etc. Ces derniers moyens doivent être réservés pour les personnes qui ne peuvent s'astreindre à la gymnastique intestinale, comme les enfants, les aliénés, etc.

Quand ces divers moyens et surtout la gymnastique intestinale ne peuvent être employés, comme cela a lieu pendant la menstruation, pendant les derniers mois de la grossesse, dans les cas de chute de matrice, d'affections organiques du rectum, de chute du rectum, alors le docteur Phœbus conseille, de préférence à toute espèce de médicaments, les lavements d'eau froide. (*Prag. V. J. Sch.*, t. IV, et *Medic. chirurg. Monatsh*, mars)

Epilepsie *liée à l'aménorrhée et à des troubles de la menstruation; bons effets de l'iodure de potassium.* L'épilepsie, qu'elle dépende de troubles fonctionnels ou de lésions organiques, est une des affections qui inquiètent le plus le médecin et l'entourage des malades. Lorsqu'elle se manifeste chez des femmes, entre l'âge de la puberté et vingt-cinq ou trente ans, on doit s'enquérir si elle n'est pas plus ou moins sous la dépendance d'un vice de fonction des organes génitaux. Voici, en abrégé, le récit de trois cas observés à Royal-free-hospital par le docteur O Connor, et l'indication du traitement qui lui rendit de très-grands services.

Obs. I Une servante de dix-sept ans, de belle apparence, accusait des maux de tête continuels et de fréquents malaises. Réglée pour la première fois à quatorze ans, les règles avaient toujours été rares Sous l'influence de changements dans son genre de vie, les règles cessèrent complétement. La céphalalgie devint plus intense, puis survint une attaque qui dura près de deux heures et laissa après elle une perte de connaissance assez longue. Ces accès reparurent tous les quelques jours, puis tous les jours. Ces accès s'accompagnaient d'écume à la bouche, de perte complète de connaissance. A son entrée à l'hôpital, il existait de la constipation; les règles ne s'étaient pas montrées depuis plus d'un an ; le pouls était petit et fréquent, la langue épaisse et pâteuse. Un purgatif énergique fut administré ; puis trois fois par jour, elle prit 25 centigrammes d'iodure de potassium dans une once d'infusion de quassia Les accès devinrent plus rares; au bout de peu de jours, la menstruation reparut et, depuis ce moment, il n'y eut plus d'attaques.

Obs. II Une domestique de vingt-sept ans avait, depuis près de cinq ans, des vomissements de sang revenant à peu près tous les mois, plus ou moins abondamment. On la traita pour une affection de l'estomac. Il y a quelques années, elle avait eu des attaques d'épilepsie et n'avait plus ses règles depuis près de sept ans. Avant ce moment, la menstruation était peu abondante, la malade accuse une céphalalgie intense et a des accès qu'elle nomme des accès bilieux. Sa complexion paraît bonne, son pouls est plein ; il y a de la constipation Ici encore le traitement employé dans le cas précédent reussit à merveille et eut les meilleurs effets.

Obs III. La malade est une ouvrière menant une vie très-sédentaire ; elle a vingt-un ans et paraît bien conformée. Depuis six ans elle est réglée, mais les règles sont peu abondantes et, dans ces derniers temps, elles ont complétement cessé

Depuis sept ans elle est sujette à des attaques épileptiques qui ont résisté à tous les traitements. Depuis la cessation des règles, les accès sont plus fréquents; il existe une céphalée constante et une constipation opiniâtre Au bout de dix jours de traitement par l'iodure de potassium, la menstruation revint abondamment et les accès n'ont plus reparu.

On voit donc que c'est par suite de son action emménagogue que l'iodure de potassium a réussi dans ces cas. Cette propriété pourrait peut-être être utilisée dans d'autres circonstances encore. (*The Lancet*, mai.)

Iodure d'ammonium (*Emploi thérapeutique de l'*). Encore une préparation d'iode qui paraît vouloir prendre pied dans le domaine de la pharmacologie; c'est l'iodure d'ammonium, que le docteur Richardson

expérimenté depuis quelque temps à l'infirmerie royale de Londres.

Ce sel, très-utile en photographie, est soluble dans l'eau; son goût n'est point désagréable, quoiqu'un peu plus âcre que celui de l'iodure de potassium. Le docteur Richardson l'a employé chez trente-huit malades, entre autres dans un cas de syphilis secondaire, dans quatre cas de rhumatisme chronique, dans six cas de phthisie pulmonaire au premier degré et dans des engorgements glandulaires de nature strumeuse. Son action est analogue à celle de l'iodure de potassium, mais ses effets sont plus promptement appréciables. Il produit quelquefois un peu de diurèse. Le fait qui a surtout frappé M. Richardson est la rapidité avec laquelle disparaissent sous son influence, les gonflements glandulaires. Localement, le docteur Richardson l'a expérimenté dans deux cas d'hypertrophie ancienne des amygdales. L'un de ces cas a trait à un enfant chez lequel on avait, à plusieurs reprises, tenté inutilement de pratiquer l'excision. Notre confrère anglais prescrivit une solution de 2 grammes d'iodure d'ammonium dans 30 grammes de glycérine et fit toucher les amygdales tous les soirs avec un gros pinceau imbibé de ce topique. Au bout de deux mois, les amygdales, qui auparavant empêchaient la déglutition, avaient repris leur volume normal. Dans le second cas le succès fut tout aussi complet.

Pour l'usage interne la dose est, pour un adulte, de 5 à 15 centigr.

Ce médicament n'est, du reste, pas entièrement nouveau, car nous trouvons dans Merat et Delens que les Anglais l'emploient depuis longtemps en pommade, à la même dose que l'iodure de potassium, contre les engorgements glandulaires. Les essais tentés par M. Richardson n'en méritent pas moins de fixer l'attention. (*The Lancet*, mai 1857.)

Paralysie *partielle guérie par des frictions d'huile de scille maritime.* Les travaux qui ont pour objet l'étude des propriétés de la scille maritime ne sont ni très-nombreux, ni très-étendus. Il faut excepter pourtant de cette remarque le mémoire qui a valu, en 1852, à M. le docteur Chateau, la médaille d'or de la Faculté de médecine, et dont le *Bulletin* a donné l'analyse (t. XLVI, p. 281).

Par ses expériences sur les animaux, cet auteur a été conduit à cette conclusion, que la scille a une action directe hyposthénisante sur les systèmes ganglionnaire et cérébro-spinal, et que cette action se traduit d'abord par les hypersécrétions urinaire et intestinale, et ensuite par la paralysie et la mort, si les doses sont portées trop loin. D'une autre part, par les études cliniques, il a constaté à nouveau les propriétés diurétique, purgative et expectorante de cette substance, propriétés qui étaient déjà connues et utilisées depuis longtemps, et à côté desquelles on peut placer une action émétique à laquelle on n'a pas souvent recours maintenant.

On ne trouve guère dans ce qui précède de quoi expliquer une action propre, une action élective de ce médicament sur une forme quelconque de paralysie. Voici pourtant un fait qui est rapporté comme un exemple de guérison d'une paralysie partielle, suite de compression, au moyen de la scille employée en frictions dans un véhicule huileux.

Il s'agit d'un homme robuste âgé de trente-deux ans, qui, après avoir été dépouillé par des brigands, fut abandonné par eux dans un lieu écarté, les deux bras liés à un arbre. Découvert au bout de deux jours et délivré, ce malheureux s'aperçut qu'il ne pouvait plus mouvoir ses bras, qui restaient croisés devant sa poitrine dans la position où ils avaient été attachés. Pendant trois ans, cet état fut combattu par plusieurs médications, à l'aide de divers moyens. Enfin, le malade s'adressa au docteur Antonin de Gracia y Alvares, qui lui prescrivit des frictions trois fois par jour, avec de l'huile d'olive dans laquelle on avait fait bouillir un oignon de scille. Après une semaine de cette médication, il se manifesta un fourmillement dans les bras jusque-là insensibles. Les frictions furent alors répétées plus fréquemment, et le malade reçut le conseil d'essayer de mouvoir ses mains et ses doigts et de saisir de petits poids et de les soutenir. Après quatre mois de l'emploi de ces moyens, la sensibilité et les mouvements reparaissaient et s'accroissaient rapidement, quand le docteur Alvares perdit de vue cet homme; un renseignement ultérieur reçu en mars 1857 lui a appris qu'il est complétement guéri.

D'après ce fait et d'autres, où il y a eu également à se louer des frictions scillitiques, le médecin espagnol recommande ce moyen qui, aidé d'un exercice méthodique, éveille la sensi-

bilité, active la circulation sanguine, excite la calorification, et rétablit ainsi l'action vitale dans les parties affectées. —Nous avouons ne trouver dans ce fait, non plus que dans les allégations qui le suivent, rien de suffisamment significatif et concluant en faveur d'une action particulière qu'on puisse attribuer à la scille. Rien ne prouve, en effet, que ce ne soit pas aux frictions et à l'excitation qu'elles déterminent qu'on doive faire honneur de la guérison (*Siglo med.* et *Journ. de méd. de Bordeaux*, mai.)

Strychnine (*Du camphre comme antidote de la*). Nous croyons devoir relater le fait suivant, qui semble prouver l'efficacité du camphre comme contre-poison de la strychnine.

Le 18 mars, à onze heures du soir, le docteur Pritchard fut mandé auprès d'une jeune fille de dix-sept ans, qui s'était empoisonnée au moyen d'une poudre connue en Angleterre sous le nom de « Battle's vermin killer » (poudre pour détruire la vermine). La malade était en proie à des mouvements tétaniques violents; les membres et le corps entier étaient agités par des secousses rappelant les décharges électriques, et le corps, en opisthotonos, formait un arc de cercle sur le lit. Ces symptômes augmentaient sous l'influence d'un attouchement ou d'un bruit un peu fort; la malade accusait des douleurs excessivement aiguës dans les vertèbres dorsales. La respiration était laborieuse et suspirieuse et le corps entier couvert d'une transpiration profuse. Une potion émétisée et camphrée fut avalée avec difficulté et bientôt rejetée par les vomissements; on injecta ensuite d'une manière continue dans l'estomac une quantité d'eau, qu'on retirait au moyen de la pompe stomacale, puis on administra le camphre en parcelles de 15 à 25 centigrammes. Les symptômes d'empoisonnement étaient alors à leur maximum d'intensité, les muscles respirateurs paraissaient paralysés et la respiration presque impossible. On pratiqua la respiration artificielle d'après la méthode de Marshall-Hall, tout en continuant l'administration du camphre. Au bout de vingt minutes, les symptômes tétaniques diminuèrent graduellement; on donna alors une potion avec l'opium et le camphre. Toutes les quelques minutes, la malade poussait un cri perçant, puis ces cris devinrent de moins en moins fréquents, et la malade s'endormit respirant très-librement. A partir de ce moment, la guérison fut rapide. Le lendemain, la malade n'accusait plus que quelques douleurs musculaires, une grande roideur dans les membres et un peu de céphalalgie. (*The Lancet*, 25 avril.)

Tétanos *traité sans succès par les inhalations de chloroforme, qui ont produit de graves accidents; guérison par l'opium à haute dose.* Depuis la découverte des propriétés anesthésiques de l'éther et du chloroforme et surtout de leur action sur la contractilité musculaire, on a été naturellement induit à essayer les médicaments de cette nature contre le tétanos. Ces tentatives, très rationnelles, ont été quelquefois couronnées de succès, et nous en avons rapporté ici plusieurs exemples. Toutefois, il est bon qu'on sache que ces succès ne sont rien moins que constants et qu'il y aurait de la témérité à s'en tier exclusivement à cette médication et à se priver volontairement des autres ressources de la thérapeutique. Aucune d'elles sans doute n'a plus que les anesthésiques le privilége exclusif d'un succès constant. C'est une raison pour n'en négliger aucun. Voici un fait qui s'est passé récemment dans le service de M. le professeur Grisolles, à l'Hôtel-Dieu, et qui présente un exemple remarquable de succès par l'opium dans un cas où le chloroforme avait échoué.

M. Alexandre, âgé de trente-quatre ans, après une journée d'excès de boissons alcooliques et excitantes, éprouve un sentiment de gêne douloureuse dans la région thoracique antérieure, et s'aperçoit qu'il a quelque peine à ouvrir la bouche et que ses mâchoires sont un peu serrées l'une contre l'autre. Ces symptômes s'étant graduellement accrus pendant deux jours, le 17 janvier il survient de la douleur dans le dos, avec un peu de fièvre; le malade s'alite. Jusque-là, il avait pu manger avec assez d'appétit; seulement il éprouvait de la gêne dans les mouvements de la mâchoire. A partir de ce moment l'appétit manque, les selles sont supprimées. Cet état reste stationnaire pendant trois jours; enfin le malade entre à l'hôpital le 22 janvier, dans l'état suivant :

Décubitus dorsal; face pâle; mâchoires serrées; commissures des lèvres tirées en dehors; joues entraînées vers les oreilles; masséters contractés et durs; paupières rapprochées au point de ne laisser entrevoir les globes

oculaires qu'à travers une fente de 3 à 4 millimètres; cou tendu, tête renversée en arrière; tronc roide; douleurs le long du rachis, dans le dos et surtout dans les lombes; douleurs aussi dans les côtés de la poitrine et dans le bas-ventre; muscles des parois thoraciques et abdominales contractés et durs. La contraction douloureuse des muscles est continue, mais avec des paroxysmes à retours irréguliers. Douleurs vives en urinant; urines rouges, foncées et troubles; peau chaude; pouls à 112-116. Tels sont les principaux symptômes qui ne laissent pas de doute sur l'existence d'un tétanos, mais qui ne permettent pas de juger s'il est symptomatique d'une méningite spinale ou idiopathique.

Le 23 janvier, même état. On pratique des inhalations de chloroforme trois fois dans la journée, jusqu'à résolution complète. Après chaque chloroformisation, les convulsions toniques des muscles ont disparu; mais elles se sont reproduites peu à peu et assez rapidement.

Le 24, le tétanos et l'opisthotonos persistent avec la douleur continue, exacerbante des régions rachidienne, thoracique et abdominale. (Inhalations de chloroforme.)

Le 25, mêmes effets de l'agent anesthésique, même retour de l'état tétanique. (Nouvelles inhalations.)

Le 26, mêmes résultats. Aux symptômes tétaniques précédents s'est ajoutée la convulsion des membres inférieurs; pouls à 84. — La disparition de toute réaction fébrile coïncidant avec l'aggravation des symptômes tétaniques éloigne toute idée de méningite et confirme que la maladie convulsive est idiopathique. — Administration du chloroforme pendant la visite, sous les yeux de M. Grisolle: c'était la sixième. — Les inhalations précédentes n'avaient présenté rien de remarquable. Dans cette dernière, les choses se passèrent régulièrement d'abord. Le malade était dans la période d'excitation, le pouls ne battant guère que 96 à 100. Tout à coup, les pulsations cessent d'être senties. En même temps, les traits s'altèrent profondément et, après trois ou quatre petites inspirations, tout signe de vie cesse complètement. L'insufflation bouche à bouche, combinée avec les mouvements respiratoires artificiels, rappelèrent, au bout de quelques minutes, quelques légères inspirations, d'abord irrégulières; puis, peu à peu, les artères recommencèrent à battre et la respiration se rétablit.

Le 27, il est complètement remis de l'accident grave qui avait menacé sa vie la veille; mais la résolution obtenue par le chloroforme n'a pas persisté plus longtemps que les autres jours. Le trismus, l'opisthotonos et la roideur des jambes sont toujours prononcés. — On prescrit: extrait thébaïque, 0,05 centigrammes toutes les heures; 0,40 centigrammes d'opium ont été pris dans la journée.

Le 28, il y a une amélioration notable des symptômes convulsifs, le trismus, la rigidité du tronc et du cou sont diminués; les membres inférieurs sont à peu près libres. (Continuation de l'opium à la dose de 0,05 centigrammes toutes les heures.)

Le 29, huit pilules ont été prises. L'amélioration continue.

Les 30 et 31, l'amélioration se soutient, mais sans faire de progrès notables. On prescrit l'opium à haute dose, 0,50 centigrammes. Il est continué à cette dose jusqu'au 9 février, jour où l'amélioration étant beaucoup plus sensible, on en cesse l'emploi, et on fait prendre des bains de vapeur.

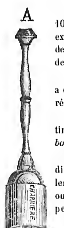
Du 10 au 15 février, l'état du malade continue à s'améliorer; les bains de vapeur paraissent affaiblir le malade. On les remplace par des frictions avec le baume de Fioraventi.

Enfin, vers le 29 février, il ne restait plus qu'un peu de gêne et de constriction très-légère à la base du thorax. Le malade est sorti le lendemain. (*Union médic.*, mars 1857.)

VARIÉTÉS.

LE DYNAMOSCOPE.

Mesurer les forces et la vitalité d'un individu, quel problème plus important et plus utile à résoudre que celui-ci? Tel est cependant le résultat auquel croit être arrivé un jeune et ingénieux médecin, M. le docteur Collonge, à l'aide d'un instrument auquel il a donné le nom de *dynamoscope*.



Cet instrument, comme l'indique la figure ci-contre, est long de 10 à 12 centimètres et composé d'une tige métallique, dont l'une des extrémités B s'élargit en godet pour permettre l'introduction de la dernière phalange du doigt, et dont l'autre A se place dans l'oreille de l'observateur.

Voici maintenant les résultats pleins d'intérêt que notre confrère a obtenus de l'emploi de cet instrument, et qu'il a communiqués récemment à l'Académie de médecine.

L'auscultation pratiquée à l'extrémité des doigts permet de distinguer deux bruits : le premier, auquel l'auteur donne le nom de *bourdonnement*, le second appelé par lui *petillement*.

Le premier bruit ou bourdonnement est continu et présente des différences physiologiques selon l'âge (enfance, âge adulte, vieillesse), suivant qu'on ausculte le même individu à l'état de veille ou de sommeil, aux diverses périodes de la chloroformisation ou pendant l'électrisation.

Dans les maladies, le bourdonnement paraît varier suivant le degré de la maladie.

Enfin, après la mort, il persiste jusqu'à la dixième ou la quinzième heure, en suivant une certaine loi de retraite de la périphérie du corps vers les régions précordiale et épigastrique.

L'auteur paraît avoir été conduit à ces recherches dynamoscopiques par ce fait que le bourdonnement n'existe pas ou n'existe qu'à un très faible degré dans le côté paralysé chez les hémiplégiques, tandis qu'il est à l'état normal du côté où le sentiment et le mouvement sont conservés.

Le second bruit, ou petillement, se distingue du premier en ce qu'il est intermittent et qu'il se révèle par des étincelles.

Il existe à l'état normal et paraît se multiplier selon le degré de l'état nerveux de l'individu ausculté, car les tempéraments nerveux ont plus de petillements que les autres classes de tempéraments.

Le second bruit, dit M. Collonge, acquiert de l'importance au point de vue des maladies nerveuses. Il se supprime avec les battements du cœur et la respiration. On ne l'entend plus dès que la mort a lieu.

En résumé, voici des phénomènes à peine soupçonnés et surtout non encore décrits, auxquels M. Collonge donne un corps et assigne une valeur que l'expérience ultérieure seule pourra fixer; mais quelque soit l'avenir de cette découverte, on ne peut refuser à son auteur d'avoir apporté dans ces recherches une grande ingéniosité et peut-être d'avoir avancé la solution de ce problème si difficile, la détermination de la vitalité et des forces dans un cas déterminé.

La mort a fait dans ces derniers temps de nombreuses victimes dans le corps médical. Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Sestier, l'auteur bien connu du *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*; de M. Prélon-Quillard et de M. Nonet, tous deux chirurgiens de la marine; de M. le docteur Cyvoet père (de Belley); enfin du célèbre anatomo-pathologiste Carswell, médecin du roi des Belges.

L'Académie des sciences inscriptions et belles-lettres de Toulouse vient de décerner à M. le docteur Martin-Duclaux une médaille pour un travail sur la présence du sucre dans la salive et dans les urines des malades dont la respiration se trouve gênée à un certain degré. La même Académie a mis au concours pour 1860 la question suivante : « Faire connaître les résultats positifs dont les expériences physiologiques ont enrichi la médecine clinique depuis le commencement du dix-neuvième siècle. »

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi du tartre stibié dans le traitement de la chorée.

Par le docteur ADRIEN MARCOTTE.

Quoique la chorée ne soit pas une affection de date ancienne, si du moins l'on peut en juger par les écrits des auteurs, puisque Sydenham peut être considéré comme le premier qui nous en ait donné une esquisse assez fidèle, on doit cependant dire que c'est une des maladies contre lesquelles il a été employé le plus grand nombre de moyens thérapeutiques, et l'on peut ajouter qu'il n'en est aucun en faveur duquel on ne puisse invoquer quelques exemples de succès. Il est, du reste, assez facile de se rendre compte de ces résultats, lorsqu'on réfléchit à la tendance qu'a cette maladie vers la résolution spontanée et par les seuls efforts de la nature. Bien souvent, en effet, on a fait honneur au médicament de ce qui n'était que le fait même de l'évolution naturelle de la maladie. Cette considération nous fait aussi comprendre que ce qu'il importe de savoir, lorsqu'on veut apprécier les différents traitements qui ont été tour à tour vantés contre cette affection, ce n'est pas si tel ou tel remède guérit la chorée, mais quel est le moyen qui la guérit le plus promptement et qui est le plus invariablement heureux.

La même raison que nous invoquions tout à l'heure pour expliquer les heureux effets de tant de médicaments divers, c'est-à-dire de la tendance naturelle de la maladie qui nous occupe vers la guérison, a dû porter les médecins à se demander si l'on doit abandonner à lui-même un malade atteint de chorée, ou s'il faut recourir à l'intervention de l'art. Pour répondre à cette question, il nous paraît utile de faire une distinction. Il est des malades qui, sans cesse agités, se tordent, se roulent en tous sens et se livrent aux contorsions les plus bizarres, à la suite desquelles la peau finit par s'irriter, par rougir, par s'excorier aux endroits les plus saillants, les fesses, les genoux, les talons, les coudes, etc. Chez eux, le sommeil est nul ou de courte durée, souvent interrompu par des rêves pénibles ou effrayants ou par une véritable agitation choréique. La langue, participant au désordre général, est projetée par moments hors de sa cavité, d'où la possibilité de morsures plus ou moins profondes, pouvant entraîner à leur suite des accidents terribles. Dans certains cas même, ce n'est plus seulement par un désordre plus grand dans les muscles soumis à la volonté, que la chorée se manifeste, mais les muscles qui n'y sont pas soumis sont aussi affectés. La parole est à

peu près impossible, la déglutition devient de plus en plus difficile, le pharynx ne peut recevoir les aliments, sans aussitôt en rejeter au dehors la plus grande partie. Il y a plus encore, les mouvements du diaphragme peuvent être frappés de la même irrégularité; la respiration devient confuse, irrégulière, et si cet état se prolonge, la vie peut se trouver compromise. En présence de pareils désordres, l'hésitation n'est pas permise, il faut agir et agir promptement.

Mais la chorée ne revêt pas toujours, heureusement, une forme aussi alarmante; les manifestations de la chorée, telles que nous venons de les indiquer, sont même très-rares. On est alors en droit de se demander s'il faut lutter contre la maladie. Ici encore, l'hésitation n'est guère possible: si la chorée essentielle, de moyenne intensité, abandonnée à elle-même, guérit en général, rien ne prouve à beaucoup près que la guérison soit certaine, et tout se réunit, au contraire, pour établir les inconvénients de laisser la maladie se prolonger indéfiniment.

La chorée est donc une affection qui peut être grave aussi bien par la violence de ses symptômes que par sa durée. Ceci bien établi, si l'on jette un coup d'œil sur toutes les méthodes de traitement essayées contre cette maladie, on ne tarde pas à reconnaître que toutes sont lentes à produire leurs effets, et que les ressources de l'art sont encore bien faibles contre les cas où il y aurait cependant besoin d'agir si promptement. Témoin dernièrement, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bouley, d'expérimentations faites par ce savant médecin, relativement à l'emploi du tartre stibié contre cette affection, il nous a semblé que les résultats si prompts et si évidents que procure ce traitement, ou peut dire nouveau, de la chorée, étaient de nature à le recommander à l'attention des praticiens.

Notre but n'est pas de rejeter tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour sur la thérapeutique de la chorée, ni de proposer le traitement dont nous voulons parler comme un moyen infaillible dans tous les cas; ce serait une prévention que ne pourraient justifier nos observations encore trop peu nombreuses, pour pouvoir amener à de pareilles conclusions. Nous n'ignorons pas non plus que, dans les maladies nerveuses principalement, il faut ne pas trop se hâter de conclure, et que trop souvent les heureux résultats, proclamés avec une confiance prématurée, n'ont pas reçu une consécration définitive. Aussi laisserons-nous à l'expérience le soin de bien établir tout ce qu'il faut attendre d'une méthode encore dans l'enfance.

Conseillé par Rasori, le tartre stibié à haute dose fut employé, pour la première fois, en France, par Laennec en 1822. Sa première

observation est assez concluante pour que nous la rapportions ici. Une femme âgée de vingt-cinq ans eut, à la suite de chagrins domestiques, et surtout d'impressions de terreur, plusieurs attaques d'hystérie. Postérieurement à ces attaques, elle resta dans un état de spasme continu : ses yeux roulaient irrégulièrement dans leurs orbites, ses membres étaient agités de mouvements subits d'extension et de flexion, son corps tout entier de secousses plus ou moins violentes, et parfois se répétant plusieurs fois de suite. Elle était depuis quatre jours dans cet état, lorsqu'on l'apporta à l'hôpital Necker : on la mit à l'usage de la tisane émétisée (0,30). *Dès le second jour*, les mouvements convulsifs avaient cessé ; au troisième, la malade put marcher ; au cinquième, elle était complétement guérie ; le tartre stibié avait déterminé une superpurgation quotidienne.

Quelques mois plus tard, Laennec mit une seconde fois le même traitement en usage ; c'était chez un paralytique : il est par conséquent permis de supposer que la chorée était symptomatique. Une troisième observation, faite en 1824, a trait à une femme atteinte de chorée en récidive : la première attaque avait duré six semaines. La seconde fut traitée en premier lieu par la valériane et les sangsues à l'anus ; pendant trente-six jours, on administra le tartre stibié à des doses croissantes, 30, 45, 60, 75, 90 centigr. Jamais il n'y eut production d'évacuations ni aucun autre phénomène consécutif à l'absorption du médicament ; on ne remarqua chez la malade rien autre chose qu'une augmentation d'appétit. Vers la fin du traitement, on fut obligé, vu l'insuffisance de l'émétique, d'avoir recours aux ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale, et la maladie ne cessa qu'après une durée de six semaines, comme la première fois. N'est-on pas en droit de se demander si, dans le cas que nous venons de rapporter, la malade prit bien du tartre stibié ? Laennec lui-même eut des soupçons à cet égard ; car il rapporte qu'il eut soin de faire prendre à la malade plusieurs doses du médicament en sa présence. Quoi qu'il en soit, ce traitement nous paraît avoir été complétement sans action sur la durée de la maladie, et nous croyons que la nature a fait à elle seule les frais de la guérison.

Plusieurs années s'étaient écoulées quand Breschet, reprenant ce traitement, y fit quelques modifications et le présenta comme nouveau en 1831. Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu prescrivait une potion avec 30 ou 40 centigr. de tartre stibié, 45 grammes de sirop de diacode et 180 grammes d'infusion de tilleul, à prendre par cuillerée toutes les deux heures. En outre, il faisait faire des pilules avec

scammonée, gomme-gutte et calomel, 0,05 de chaque. Les pilules étaient prises toutes les deux heures alternativement avec la potion; on suspendait le traitement aussitôt qu'il survenait des vomissements ou une diarrhée abondante, pour le reprendre ensuite. Breschet cite trois observations à l'appui de son traitement : dans un premier cas, la chorée durait depuis six semaines; elle fut guérie en vingt et un jours. Dans le second, la maladie datait de cinq mois; elle disparut en trois semaines. Le troisième a trait à une fille de huit ans, qui, après avoir été atteinte pendant deux mois de mouvements choréiques très-faibles, fut prise, à la suite d'une vive douleur, de chorée générale : celle-ci persistait depuis un mois, lorsqu'on la soumit, le 1er octobre 1831, au traitement que nous avons indiqué. Elle ne sortit guérie que vers le milieu de janvier 1832.

Il paraîtrait, du reste, d'après les faits consignés dans sa thèse par M. Nicolas, en 1844, qu'un médecin de Bourg, M. Barbaut, se servait du même moyen depuis 1821. Ce praticien avait eu, à cette époque, à traiter une pneumonie chez une jeune femme atteinte de chorée; il lui administra le tartre stibié; la pneumonie guérit et la chorée diminua. Le médicament fut continué jusqu'à cessation de la tolérance, et la danse de Saint-Guy ne tarda pas à disparaître entièrement. Ce fut là pour M. Barbaut l'indication de traiter les choréiques par le tartre stibié; et dans plus de quarante cas, traités ainsi par lui, le succès a été complet, excepté une seule fois. La formule du traitement était la même que celle de Breschet. Dès les premiers jours, on cherchait la tolérance; si elle ne s'établissait pas, on renonçait au traitement. Ordinairement, au quinzième jour, la guérison était complète; c'est du moins ce qui résulte des renseignements que M. Barbaut a pu donner de mémoire, car il n'a jamais pris de notes sur ses malades.

Signalons enfin les guérisons obtenues par Mac Andrew, Byrne et Strambio avec le tartre stibié employé en frictions à l'extérieur, dans le cas de chorée rebelle; mais le lecteur ne pense pas sans doute que nous veuillions justifier une méthode aussi barbare.

Arrivons maintenant à l'exposition des faits que nous avons empruntés au service de M. Bouley.

Obs. I. La nommée L. (Louise), âgée de seize ans et demi, blanchisseuse, entre, le 26 février 1857, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Thérèse, nº 10, dans le service de M. Bouley.

D'une constitution assez frêle, cette enfant était souffrante depuis très-longtemps déjà. Elle rapporte que, dès l'âge de huit ans, elle eut des attaques subites avec perte de connaissance; que ces attaques, après s'être produites d'abord tous les deux ou trois mois, se sont graduellement rapprochées.

A l'âge de quatorze ans, les intervalles entre deux attaques n'étaient plus que de huit jours et, depuis, l'affection convulsive serait restée stationnaire.

Les renseignements fournis par la malade nous auraient fait soupçonner des attaques d'épilepsie, si nous n'avions appris que dans deux séjours que cette jeune fille fit dans les hôpitaux, elle fut traitée comme hystérique : une première fois à la Pitié, en octobre 1856, où même, à la suite d'une attaque, elle fut atteinte d'une hémiplégie du côté gauche qui dura trois semaines; une seconde fois, elle fut traitée à l'hôpital Necker, en décembre 1856, dans le service de M. Natalis Guillot. La menstruation, qui, chez cette jeune fille, s'était très-bien établie à quatorze ans, a cessé à quinze, sans cause connue. Elle est pâle et chlorotique; des douleurs multiples de la tête, du thorax, de la région épigastrique, la tourmentent d'une manière incessante.

Au moment où la malade entre dans le service, elle est depuis un mois en proie à une chorée générale des mieux caractérisées, dont le début brusque a eu pour cause la peur. Les muscles de la face sont assez tranquilles; mais de temps en temps la bouche s'ouvre involontairement, et il y a un mouvement de projection de la langue qui gêne beaucoup la parole. La chorée est assez intense pour que la malade ne puisse sortir du lit et qu'on soit obligé de la faire manger.

Le 27 février, on prescrit un julep avec 50 centigr. de tartre stibié. Ce médicament fut pris en deux fois à une demi-heure d'intervalle; une petite portion fut perdue, à cause des mouvements désordonnés de la malade. Pendant deux ou trois heures, il y eut des vomissements abondants et répétés de liquides bilieux et plusieurs selles de même nature. Le soir, la malade était très-fatiguée et éprouvait un profond dégoût; il y avait un peu d'amélioration dans les mouvements choréiques.

Le 28, julep avec 1 gramme d'émétique, à prendre en trois fois aux mêmes intervalles. Les évacuations furent plus abondantes encore que la veille; c'était comme un véritable flux cholérique, qui ne laissait pas de répit à la malade, mais qui cessa de lui-même au bout de deux heures. Le soir, vers cinq heures, la malade est dans un état de prostration extrême; elle est couchée sur le côté, l'œil fatigué, osant à peine faire un mouvement de tête, tant elle craint de vomir. Mais tout mouvement choréique a disparu; le pouls n'est pas sensiblement modifié.

Le 1er mars, état des plus satisfaisants; la fatigue a cédé à un sommeil prolongé. La malade conserve seulement de la courbature et les douleurs variées dont elle se plaint depuis longtemps.—Repos; une portion.

Le 2 mars, M. Bouley soumet la jeune malade à la médication tonique, qui est indiquée par la décoloration de la peau et des muqueuses, les douleurs névralgiques, un bruit de souffle continu dans les carotides, etc.—Eau de Spa, limonade vineuse; safran, limaille de fer, poudre de quinquina, de chaque 20 cent. pour un bol; en prendre quatre par jour; vin de Bordeaux, 150 grammes; vin d'absinthe, 150 grammes.

La santé se rétablit peu à peu.

Le 11 mars, à la suite d'une vive émotion, occasionnée par les cris aigus d'une voisine, la jeune fille est reprise de mouvements choréiques, aussi intenses qu'autrefois; déjà, depuis deux jours, elle éprouvait un peu d'incertitude dans la marche.

Le 20, on laisse la malade en observation.

Le 21, elle est prise d'une excitation des plus violentes; elle veut à toute force sortir de l'hôpital; elle s'agite plus fort que jamais, et l'on est obligé de

lui mettre la camisole. Cette colère, qui dure au moins deux heures, amène une détente très-marquée dans les mouvements choréiques et, à une heure, la malade prend, sans trop de difficultés, un julep avec 50 centigr. de tartre stibié. Cette fois encore, évacuations abondantes par la bouche et l'intestin ; diminution des mouvements choréiques; sommeil la nuit.

Le 22, les mouvements sont si peu prononcés que M. Bouley ne juge pas à propos de continuer l'administration de l'émétique.

Le 23, tout mouvement choréique a cessé.

Le 25, on soumet de nouveau la malade à la médication tonique.

Le 31, la menstruation reparaît.

Le 1er avril, la malade veut absolument sortir.

En résumé, voici une chorée générale qui depuis un mois ne fait qu'augmenter d'intensité. On donne deux jours de suite le tartre stibié à haute dose, et trente heures après la première administration du médicament, tout mouvement choréique disparaît. La malade est d'abord jetée dans un état d'abattement assez considérable, mais quelques instants de sommeil suffisent pour la rétablir, et l'on ne tarde pas à voir renaître l'appétit. Le désordre musculaire a disparu, mais le mauvais état de la constitution persiste ; on a recours aux agents toniques pour le combattre. Une cause analogue à celle qui a été le point de départ de la maladie se présente ; la chorée revient, et une seule dose de tartre stibié la fait encore disparaître.

Autre observation.

Obs. II. G. (Eléonore), âgée de seize ans, blanchisseuse, entre, le 2 mars 1857, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Thérèse. Elle nous présente toutes les apparences de la santé : embonpoint assez marqué, coloration de la face et des muqueuses, conservation des forces, digestions faciles ; menstruation encore irrégulière, il est vrai, mais n'étant l'origine d'aucune souffrance. A la suite d'une vive frayeur, cette jeune fille, jusqu'alors exempte de tout accident nerveux, fut prise, le 8 août dernier, de mouvements involontaires dans toutes les parties du corps; dans la soirée du même jour, les désordres de la motilité n'existaient plus que dans la région cervicale. A cette époque, la malade fut tourmentée de maux de tête violents et d'éblouissements continuels. Huit jours s'étant écoulés sans amélioration aucune pour la jeune fille, elle se décida à entrer à l'hôpital Lariboisière, où elle fut placée dans le service de M. Hérard.

Ce médecin la traita d'abord par les bains sulfureux; la malade en prenait un tous les jours, excepté le dimanche. Ils furent continués jusqu'à la fin de septembre, sans amener aucun résultat appréciable, si ce n'est un peu de fièvre et un exanthème érythémateux qui fut assez long à disparaître.

Après la cessation des bains, le traitement consista en toniques ; on eut particulièrement recours aux ferrugineux. La malade raconte qu'à cette époque on lui appliquait un stéthoscope sur le cou et qu'on entendait des bruits.

Pendant les mois d'octobre, novembre, décembre, il n'y eut pas d'autre traitement.

Dans cet intervalle, la malade eut, à deux reprises différentes, une cessation

momentanée de ses accidents : une première fois, ils cessèrent pendant quinze jours ; une seconde pendant quatre jours, pour reprendre ensuite leur même intensité.

Dans le courant du mois de décembre, cette jeune fille qui, je le répète, à part sa chorée, n'avait jamais eu aucun accident nerveux, fut prise deux fois, à trois semaines d'intervalle, sans cause connue et peu de temps après son réveil, d'accès nerveux ayant les caractères de l'hystérie : sensation d'une boule, étouffement, mouvements convulsifs assez violents, avec tendance au déplacement, à tel point que plusieurs personnes étaient nécessaires pour la maintenir.

A la suite du premier de ces accès, la malade fut prise par tout le corps de mouvements irréguliers, involontaires, plus violents dans les membres supérieurs que dans les inférieurs. Elle pouvait encore marcher, quoique avec difficulté ; mais il lui était impossible de saisir un objet sans le laisser tomber, et de boire dans un verre sans en répandre le contenu. Ces mouvements diminuèrent peu à peu, et, quinze jours après, ils étaient bornés à la tête.

Au commencement de janvier, on prescrivit des pilules de strychnine. La dose en fut élevée jusqu'à production de roideurs dans les membres; la malade accuse surtout les douleurs qu'elle ressentait dans les mâchoires et la difficulté qu'elle éprouvait à les écarter. Ces mêmes pilules, administrées pendant six semaines, c'est-à-dire jusqu'au 15 février, n'amenèrent aucune amélioration. La malade restait à Lariboisière sans traitement, lorsqu'on la transporta à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bouley.

Cette jeune fille nous présente, comme seule altération de la santé, des mouvements involontaires de rotation de la tête sur le cou, se produisant d'une manière régulière, alternativement à droite et à gauche, et ne dépassant pas en étendue un huitième de cercle de chaque côté.

Le 3 mars. On laisse la malade sans traitement.

Le 4. M. Bouley prescrit 50 centigrammes de tartre stibié dans un julep, à prendre en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. Il y eut des vomissements abondants, au nombre de cinq, et autant de selles.

Le 5. Les mouvements de la tête étaient déjà notablement amoindris, mais ils reparaissaient à peu près aussi intenses que la veille quand on parlait à la malade; elle se plaignait d'un peu de mal à l'estomac et d'une gêne à la gorge. M. Bouley double la quantité de tartre stibié, 1 gramme en trois doses. Les vomissements furent plus répétés que la veille; il y en eut dix à douze et trois selles; vers trois heures de l'après-midi, la malade fatiguée s'endormit et se réveilla à trois heures et demie, avec absence totale de mouvements anormaux.

Le 6. La malade a passé une bonne nuit; elle n'a plus de mouvements choréiques, et accuse seulement une sensation de pesanteur au niveau de l'estomac et une légère constriction à la gorge; celle-ci ne présente, du reste, aucune rougeur. — Gomme sucrée, une portion.

Le 7. La malade va très-bien et demande davantage à manger.

Après douze jours de tranquillité parfaite, notre jeune fille est tout à coup, au milieu de la nuit du 17 au 18, réveillée par des mouvements convulsifs dans les bras et les jambes ; ils se calment bientôt, elle se rendort, et le 18, au réveil, elle s'aperçoit que le tremblement a reparu à peu près tel qu'il était à son entrée.

Le 19, les mouvements continuent.

Le 20 et le 21, tartre stibié à 50 centigrammes. — Effets identiques à ceux de la première administration.

Le 22. La chorée a disparu.

Le 27. La malade se plaint d'une céphalalgie qui la tourmente déjà depuis quelque temps, et de douleurs au niveau des articulations, principalement à celles du genou (elle n'a jamais eu de rhumatisme). Elle mange trois portions.

Dans la nuit du 30 au 31, rêve effrayant, à la suite duquel le tremblement choréique reparaît.

Le 1er avril. Les mouvements persistant, on administre 50 centigrammes de tartre stibié en deux doses. La première est donnée à dix heures; la seconde à onze heures. Ce n'est qu'après cette dernière que surviennent des vomissements abondants et quelques selles diarrhéiques; dans le courant de la journée, elle reste faible avec des tendances à la syncope, et, dans la soirée, le tremblement disparaît.

Le 2. Le sommeil a complétement rétabli la jeune malade, qui mange une portion avec assez d'appétit. Les jours suivants, elle se plaint encore de céphalalgie, mais la tranquillité persiste.

Le 6. Apparition des règles.

Après leur cessation, la jeune fille va, tous les deux jours, suivre les exercices gymnastiques de l'hôpital des Enfants. On la laisse en observation à l'hôpital; elle finit par s'y ennuyer et sort le 2 mai.

Cette observation nous montre une chorée d'abord générale, et presque aussitôt devenue partielle. Elle a résisté pendant six mois et demi aux bains sulfureux, aux toniques ferrugineux, à la strychnine, et cède en vingt-huit heures à l'emploi du tartre stibié à haute dose. Nous constatons ici, comme dans l'observation précédente, une réapparition du désordre musculaire; la même médication en triomphe avec autant de facilité. Enfin il survient une seconde rechute, et une seule dose d'émétique suffit pour amener une guérison qui, cette fois, paraît radicale, puisqu'elle date déjà d'un mois.

Outre ces observations, que nous avons données avec détail, nous pouvons encore citer deux faits qui ont été observés par M. Bouley, et que ce savant médecin a eu la bonté de nous communiquer. La première fois que M. Bouley employa le moyen qui a si bien réussi entre ses mains, il était chargé d'un service à l'hôpital des Enfants. Un petit malade, atteint de chorée générale très-intense, commençait à s'écorcher sur différents points du corps, malgré la précaution qu'on avait eue de le placer dans une boîte matelassée. Il était en proie à une fièvre très-vive; son état inspirait des craintes sérieuses. En présence d'un danger si imminent, M. Bouley, parfaitement convaincu de l'insuffisance des moyens conseillés en pareil cas, résolut de mettre en usage un grand agent perturbateur; il s'adressa au tartre stibié, et trois jours après la guérison était obtenue. L'année dernière, à l'hôpital Necker, le même médecin eut dans son service une jeune fille atteinte de chorée très-intense, et présentant le singulier phénomène de l'aboiement. Il employa l'émé-

tique; le succès fut aussi rapide que dans les observations que nous avons citées. Comme dans celles-ci, la maladie reparut au bout de quelque temps, pour être de nouveau expulsée de la même manière. Quand la malade sortit de l'hôpital, la guérison était depuis longtemps parfaitement établie.

Enfin, bien que ce soit en dehors de notre sujet, qu'il nous soit permis de citer deux autres cas de guérisons remarquables dues à l'emploi de l'émétique. Il y a trois ans, M. Bouley, alors médecin à l'hôpital Saint-Antoine, eut à traiter un malade atteint d'une affection qui épargne bien rarement ceux qu'elle frappe : c'était un tétanos spontané très-étendu. Le tartre stibié fut employé, et la maladie ne tarda pas à disparaître. Il est une autre affection beaucoup moins grave que celle dont nous venons de parler, mais ayant avec elle assez d'analogie pour qu'on l'ait d'abord dénommée tétanos intermittent; nous voulons parler de ce que l'on décrit aujourd'hui sous le nom de contracture des extrémités. Un jeune homme de dix-sept ans, affecté de cette maladie depuis deux jours, entra, en avril 1857, dans le service de M. Bouley. 50 centigrammes de tartre stibié lui furent administrés en trois doses à demi-heure d'intervalle; deux heures après la première dose, la maladie avait disparu pour ne plus revenir.

Ajoutons que M. Bouley n'a employé le tartre stibié dans la chorée que chez les malades dont nous avons parlé.

Comment expliquer ces résultats, si différents de ceux qui ont été obtenus par les premiers médecins dont nous avons cité les essais? Evidemment par le mode d'administration du médicament. Nous avons décrit la manière d'agir de Laennec et de Breschet; nous avons vu qu'ils donnaient l'émétique d'abord à faible dose, très-étendu d'eau, à des distances éloignées; en un mot, qu'ils cherchaient à établir la tolérance. M. Bouley, au contraire, a prescrit le tartre stibié à dose élevée, dans une petite quantité de véhicule, à distances rapprochées. Au reste, nous trouvons dans les observations de Laennec la confirmation de ce que nous avançons ici. Quand le médicament n'a pas déterminé d'action physiologique énergique, comme dans son troisième fait, la maladie n'a pas été influencée par le traitement; quand, au contraire, l'émétique a eu une action physiologique forte et rapide, quand il a déterminé des vomissements et des superpurgations, comme dans le premier cas cité par Laennec, alors la maladie a cédé promptement; dès le second jour, avons-nous dit, les mouvements convulsifs avaient cessé complétement. Or, si nous avons rejeté la première méthode de traitement, nous

pouvons espérer que la seconde, bien qu'elle n'ait encore à son appui qu'un nombre de faits assez limités, deviendra le moyen le plus utile à employer contre la chorée. Son efficacité, si rapide et si incontestable, lui vaudra la supériorité, surtout lorsqu'il s'agira de ces cas graves où, comme nous l'avons vu, la vie du malade est en péril.

Les grands avantages du tartre stibié seront-ils amoindris par ses inconvénients? Sans doute l'administration de 50 centigrammes, de 1 gramme d'émétique occasionne un malaise assez grand, jette pendant un instant le malade dans un état voisin de la syncope; mais quelques heures suffisent pour amener la disparition complète de ces légers accidents. Les forces reviennent, l'appétit renaît, et la santé est rétablie. Le tartre stibié, depuis un demi-siècle surtout, a été employé par un nombre immense de médecins, à des doses quelquefois énormes, et l'on ne peut citer aucun accident bien sérieux. C'est à peine si Orfila, dans sa Toxicologie, peut inscrire deux faits où l'emploi de cette substance chez l'homme ait occasionné la mort; encore les trouve-t-il chez des individus suicidés, qui ne peuvent préciser la quantité du poison ingéré.

Est-ce à dire qu'une fois que les mouvements choréiques cesseront, le médecin n'aura plus à s'inquiéter de son malade? Non, certes. Il aura à remplir des indications qu'il tirera de l'état général de la constitution, et comme le plus souvent il se trouvera en présence de la chloro-anémie, il aura recours aux préparations ferrugineuses, à la gymnastique, aux bains sulfureux, au régime analeptique, jusqu'au rétablissement de la régularité des fonctions; il pourra rencontrer des indications différentes, il les remplira comme dans toute autre circonstance.

Une dernière question nous reste à résoudre : Devra-t-on recourir à l'emploi du tartre stibié dans tous les cas de chorée, ou devra-t-on réserver ce moyen pour les cas d'une certaine intensité? Nous avouons qu'il ne nous est pas facile de répondre; nos observations sont encore trop peu nombreuses. Nous laisserons donc à l'expérience le soin de répondre à cette question; trop heureux si, par les faits que nous publions, nous réussissons à attirer l'attention des médecins sur un remède qui ne compte encore que des succès.

Enfin peut-être nous demandera-t-on comment nous comprenons le mode d'action du tartre stibié. Bien que nous attachions une faible importance à ce genre d'explication, nous ferons cependant remarquer que dans tous les cas nous avons observé les symptômes d'un léger empoisonnement. Il nous paraît donc rationnel d'admet-

tre qu'un état toxique, spontanément et rapidement curable, a été substitué à l'état pathologique et en a déterminé la disparition. Mais qu'importe au praticien le mode d'action d'un médicament, pourvu que son efficacité soit bien constatée?...

Le tartre stibié, administré comme nous l'avons indiqué, a fait cesser la chorée en moins de deux jours, dans tous les cas où il a été employé ; il est par conséquent naturel de penser qu'il est appelé à rendre de grands services, surtout dans les cas où l'on a besoin d'agir promptement.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des fistules vésico-vaginales par des opérations non sanglantes.— Deux observations de fistules récentes guéries à l'aide du pessaire à réservoir d'air.

Lorsqu'on réfléchit aux accidents que les fistules vésico-vaginales causent aux femmes qui en sont atteintes, on ne peut qu'applaudir aux efforts des chirurgiens qui tentent de combler les lacunes laissées par nos devanciers dans le traitement de ces sortes de lésions. Sans être injuste envers ceux des chirurgiens de notre époque qui ont lutté avec persévérance contre les difficultés du traitement de ces fistules, on peut proclamer que c'est à M. le professeur Jobert de Lamballe quo revient principalement l'honneur d'avoir provoqué cette louable émulation, en créant les méthodes de l'élytroplastie et de l'autoplastie par glissement. Cette dernière surtout, si admirablement mise en œuvre par l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu, est venue forcer nos auteurs classiques à rayer désormais le mot *incurabilité* du traitement des fistules vésico-vaginales. Nous avons des premiers consacré à l'exposition de l'autoplastie par glissement tout le soin et toute l'étendue que comportait l'importance de cette véritable conquête chirurgicale de notre siècle (*Bull. de Thérap.*, t. XXXVI, p. 109, 253 et 355). Acceptant même les hardiesses de l'art dans la voie nouvelle qui venait de lui être si brillamment ouverte, nous n'avons pas hésité à signaler les larges dissections urétrale et périnéale que M. Maisonneuve a tenté d'opposer à celles des solutions de continuité, qui, par leur étendue, semblaient devoir se montrer réfractaires aux procédés de l'autoplastie par simple locomotion de la paroi vésico-vaginale. Les nombreux revers dont ces ressources ultimes de l'art nous ont rendu témoin, nous ont seuls empêché d'y insister.

Laissant de côté aujourd'hui ces méthodes de traitement des fistules d'une certaine étendue et qui réclament de la part des chirurgiens qui les appliquent une grande dextérité, nous voulons rappeler l'attention des praticiens sur quelques procédés trop oubliés, parce qu'ils ont été mal appréciés par les auteurs classiques de notre époque. Ces moyens, applicables surtout aux perforations récentes et de petite dimension, ne demandent pour leur mise en œuvre aucune habilité spéciale. Ce sera donc servir les intérêts de la pratique que de fournir les preuves de leur valeur réelle.

Pour les auteurs classiques des deux derniers siècles, lorsque les solutions de continuité de la paroi vésico-vaginale étaient curables, la spontanéité de l'organisme suffisait pour faire les frais de la guérison. Quant à celles de ces lésions qui résistaient à cette grande loi de l'économie vivante, la cicatrisation spontanée, on devait les regarder comme placées au-dessus des ressources de l'art. En présence d'une semblable doctrine, on comprend que la chirurgie n'avait jamais à intervenir. De là le silence des meilleurs traités au sujet des quelques cas dans lesquels les procédés de l'art étant venus en aide à la nature, la guérison avait eu lieu en dépit et non à cause des moyens mis en œuvre. Trop souvent encore, nous entendons opposer un raisonnement semblable aux enseignements qui découlent de la publication de quelques tentatives heureuses.

Plus que personne nous accordons à la spontanéité de l'organisme la large part qui lui revient dans les cicatrisations. Nous sommes de ceux qui croient, avec les anciens, que la nature seule guérit ; mais cela ne nous empêche pas de reconnaître qu'il est des circonstances morbides dans lesquelles l'art doit lui venir en aide. Ainsi, dans l'espèce, deux causes viennent s'opposer à l'adhésion spontanée de la plaie ; sa nature d'abord, car nous faisons allusion principalement aux fistules vésico-vaginales produites par les accouchements laborieux, c'est-à-dire aux perforations par gangrène ; ensuite, et surtout, l'issue incessante des urines par la solution de continuité. Quand la force d'adhésion s'exerce sur un tissu similaire, comme après les opérations de lithotomie vaginale, on comprend qu'elle puisse triompher de l'action antiplastique de l'urine, et qu'on abandonne la cicatrisation aux efforts spontanés de la nature. Mais lorsque la plaie est avec perte de substance, il n'en est plus de même ; il faut de toute nécessité que l'art intervienne. La déviation des urines par la solution de continuité constitue un double obstacle, car outre son action antiplastique, l'écoulement incessant du liquide agit encore mécaniquement, et finit par transformer la plaie en fis-

tule. La permanence de cette cause est l'obstacle le plus considérable, et son éloignement constitue l'indication la plus urgente. Le moyen le plus simple de la remplir, celui qui a dû se présenter le premier à l'esprit, est l'emploi d'une sonde placée à demeure dans la vessie; aussi est-il indiqué par tous les chirurgiens qui ont abordé l'étude de ces sortes de lésions. Quelques cas de succès ont été obtenus par l'emploi exclusif des sondes. Le plus souvent, cependant, ce moyen n'a qu'une valeur secondaire. On en saisit la cause lorsqu'on réfléchit aux conditions anatomiques nouvelles créées par la position qu'occupe la fistule. Quel que soit le point de la vessie où siége la perte de substance, il est toujours situé sur un plan inférieur à celui de l'urètre, et le liquide urinaire a plus de tendance à s'écouler par la solution de continuité que par la sonde. Il importerait donc de pouvoir soulever la paroi vésico-vaginale, afin de maintenir un degré de déclivité utile.

Un essai a été tenté dans cette voie, mais dans un autre but. On sait que tout en plaçant une sonde de femme à demeure dans la vessie, pour donner issue à l'urine au fur et à mesure qu'elle arrivait dans le réservoir, Desault introduisait dans le vagin un fort tampon cylindrique. A l'aide de ce tampon, il prétendait refouler la lèvre antérieure de la solution de continuité contre la lèvre postérieure, de manière à les maintenir en contact et à réduire la fistule à l'état d'une fente transversale.

Ce tamponnement vaginal, qui caractérise le procédé de Desault, est repoussé par les chirurgiens modernes. « Des deux moyens employés par Desault, le premier seul était utile, dit M. Jobert, mais il devenait nul, à cause de l'insuffisance, du danger même du second. » Le même jugement est formulé par Vidal. « Ce que je ne conçois pas, c'est le tampon comme moyen curatif; je suis porté à croire, dit-il, qu'il peut souvent produire un effet contraire à celui qu'on en attend; il peut écarter au lieu de rapprocher les lèvres de la plaie. Aucun fait parfaitement authentique ne viendra démentir ce que j'avance ici. Point de guérison par le tampon. »

Desault dit, dans ses œuvres chirurgicales, qu'il a guéri à l'aide de son procédé des fistules vésico-vaginales avec perte de substance. Les simples assertions, quelle que soit la valeur de l'homme qui les émet, ne suffisent plus aujourd'hui : il faut des faits. Les deux observations citées par Chopart, les seules connues, semblent même légitimer le peu de confiance que les auteurs ont manifesté relativement à l'efficacité du traitement du chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Toutefois le premier des faits de Chopart n'est pas sans valeur; si

ce chirurgien avait constaté par lui-même le résultat qu'il signale, on n'aurait pu récuser son témoignage. Il existe un autre cas de guérison ; Desault n'est pas le premier qui ait eu l'idée de recourir à ce moyen, et nous avons lu qu'un chirurgien allemand avait guéri une femme affectée de fistule vésico-vaginale, en lui faisant porter un pessaire en bois de forme ovoïde. Malgré ces faits, nous n'en confessons pas moins que les preuves de la valeur thérapeutique du tamponnement vaginal restent à faire.

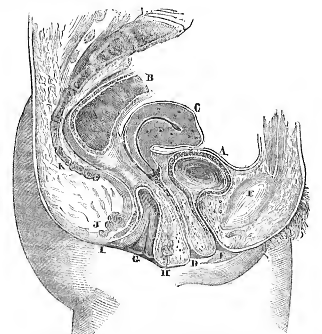
Nous croyons cependant avoir démontré, par les considérations anatomiques précédentes, que l'emploi du tampon vaginal répond à l'indication principale du traitement des fistules vésico-vaginales, ayant pour but de concourir à rétablir le cours des urines par sa voie normale. Il nous reste à prouver par des faits que la mise en œuvre de ce procédé ne présente pas le danger qu'on lui a reproché, celui de s'opposer à la cicatrisation de la fistule ; nous provoquerons ainsi de nouvelles tentatives.

Dans ces dernières années, les progrès de l'industrie sont venus nous fournir des agents moins grossiers de tamponnement, et les expérimentateurs trouveront dans l'emploi des pessaires à réservoir d'air le moyen de détourner les urines de la solution de continuité de la paroi vésico-vaginale, toutes les fois que celle-ci sera de petite dimension.

Dans les deux faits qui vont suivre, le pessaire a été placé dans le vagin. Le prolapsus de l'utérus dans l'un, et la hernie de la muqueuse vésicale dans l'autre, en faisaient une nécessité. Mais dans les cas de fistules non compliquées, l'introduction de l'instrument dans le rectum ne serait-elle pas suivie d'un meilleur résultat ? C'est une question que nous devons poser. Dans toutes les coupes du bassin qui figurent dans nos atlas d'anatomie, on nous représente toujours les parois du vagin écartées l'une de l'autre. Cette disposition n'existe pas dans la nature, ainsi qu'on peut le voir sur la gravure ci-contre, qui offre une coupe du bassin pratiquée par M. Legendre, après congélation du cadavre. Dans l'état naturel, les parois du vagin sont, comme celles de l'urètre chez l'homme, accolées l'une à l'autre. En tenant compte seulement de la disposition normale des parties, on serait donc conduit à placer le pessaire dans le rectum plutôt que dans le vagin. Nul doute que ce moyen fût accepté par bon nombre de malades, car nous voyons dans le service de M. Huguier, à l'hôpital Beaujon, des femmes qui supportent pendant des mois entiers la présence d'un énorme tampon dans le rectum, dans l'espérance de voir disparaître les souffrances provoquées par un simple

déplacement de l'utérus; or, les accidents provoqués par la déviation du cours des urines par le vagin sont plus graves encore.

Dans les cas où la fistule a son siége tout à fait à la partie postérieure du réservoir urinaire et près du museau de tanche, ou sur le trajet de l'urètre, ou vers le col de la vessie, le pessaire devrait être placé de préférence dans le vagin. La présence du col de l'utérus entre les deux parois du vagin s'opposerait à ce que le soulèvement du rectum pût obturer une ouverture du bas fond de la vessie; il en serait de même pour les solutions de continuité de la partie antérieure. Dans ces cas, ce sont les sphincters du rectum qui s'opposent à l'ampliation de la partie inférieure de l'intestin dans le point correspondant à la fistule.



Coupe du bassin d'une femme d'environ quarante ans, pratiquée après congélation du cadavre.

A, vessie. B, extrémité supérieure du rectum. C, utérus en antéflexion. D, ouverture du vagin dont les parois sont presque accolées. E, symphyse du pubis. F, méat urinaire. G, anus. H, I, sphincters. J, releveurs.

Toutes les fois que le pessaire, employé seul, ou aidé de la présence d'une sonde placée à demeure dans la vessie, suffira à tarir l'écoulement des urines par le vagin, il y aura lieu d'espérer que la

cicatrisation de la fistule surviendra, malgré la distension subie par la paroi vésico-vaginale; mais pour être en droit de compter sur ce bon résultat, il faut que la fistule soit récente.

On a dit qu'en médecine pratique il n'y avait pas de maladies, mais seulement des malades, et que les moyens de traitement devaient varier avec chaque cas. Cela est vrai, surtout en face des lésions chirurgicales; la variété des conditions anatomo-pathologiques font que les procédés de l'art ne sauraient être trop nombreux. Les deux faits suivants en vont servir d'exemples; toutefois, même dans ces cas, l'indication principale domine encore le traitement.

Obs. I. *Fistule vésico-vaginale compliquée de prolapsus de l'utérus. — Cautérisations répétées; application d'une serre-fine et d'un pessaire à réservoir d'air; guérison rapide. —Traitement de la rupture du périnée par une forte serre-fine.* — En juillet 1849, la femme de l'un de nos valets de ferme m'est amenée, dans l'espérance que je pourrais apporter quelque soulagement aux cruelles infirmités dont elle est atteinte. Voici ce qu'elle me raconte : Il y a trois mois, elle est accouchée de son premier enfant. Le travail, surveillé par la matrone du village, dura trois grands jours. Au moment où l'on se disposait à aller chercher le médecin le plus voisin qui habitait à plusieurs lieues du village, l'enfant sortit spontanément, en lui faisant éprouver une sensation de déchirure des parties qu'il traversait. L'inflammation locale, qui s'est manifestée à la suite de la parturition, amena une rétention complète d'urine qui nécessita la présence d'une sonde. Enfin, le neuvième jour, elle essaya de se lever, et, sous l'influence des efforts qu'elle fit pour mettre en ordre son ménage, elle sentit une tumeur se produire entre les parties et lui tomber entre les cuisses. La rétention d'urine s'est alors reproduite, et, après une durée de trente-six heures, une crevasse se fit à la partie antérieure de la tumeur, ouverture par laquelle les urines s'écoulaient d'une manière incessante et provoquaient une inflammation qui lui causait d'intolérables douleurs.

Après avoir écouté le récit de la malade, je procédai à l'examen des parties, et je constatai un prolapsus complet de l'utérus; puis, au tiers supérieur et un peu à gauche de l'axe de la tumeur, se trouvait une ouverture fistuleuse de la dimension du méat urinaire. Un stylet boutonné, introduit par cette solution de continuité, pénétrait dans la vessie. L'ouverture vaginale présentait l'aspect d'une plaie longitudinale, se prolongeant obliquement vers le col de l'utérus. La paroi vaginale qui recouvre la tumeur est rouge et tuméfiée, surtout dans la partie déclive, où elle est toujours en contact avec l'urine; on y aperçoit, outre des granulations, un mélange d'ulcérations et de concrétions calcaires incrustées dans le tissu de la muqueuse vaginale. La tumeur, au lieu d'offrir la forme ovalaire habituelle dans les chutes de l'utérus, présente celle d'un cylindre dont la base est constituée par le col tuméfié. Outre les traces des déchirures subies pendant l'accouchement, cette portion de l'organe, baignée sans cesse par l'urine et en contact, pendant la station assise, avec les pièces de tissus grossiers dont la malade se sert pour recevoir les liquides excrétés, présente une m assede mamelons offrant l'apparence des cotylédons placentaires.

Outre ces accidents, il existait encore, comme le récit de la femme le faisait

supposer, une rupture du périnée. Celle-ci était moins grave, car elle ne présentait pas une étendue de plus d'un demi-pouce.

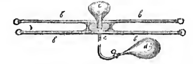
Entreprendre la cure de lésions aussi graves et aussi nombreuses, en l'absence d'aides, chez des gens dénués de toutes ressources, et surtout pendant le court séjour qu'il m'est possible de faire à la campagne, était une œuvre laborieuse. Je le tentai. La femme était jeune et d'une santé robuste; elle avait encore une longue carrière à parcourir; outre un acte d'humanité à faire, j'avais un but scientifique à remplir. J'étais chargé par la Société de chirurgie de lui faire un rapport sur l'emploi du pessaire à réservoir d'air, et le traitement de cette malade me fournissait une occasion de soumettre le nouvel appareil à une épreuve décisive.

Lors de mon retour à Paris, je priai notre sagace confrère, M. Gariel, de me faire confectionner un pessaire environ du volume du poing, offrant la forme habituelle de ses modèles, c'est-à-dire légèrement aplati d'avant en arrière et ayant, par conséquent, son plus grand diamètre dans le sens transversal. La déchirure du périnée commandait l'emploi d'une ceinture destinée à maintenir l'appareil en place. Je fis en outre provision chez M. Charrière de serre-fines de formes et de dimensions diverses, et j'arrivai à la campagne muni de tout l'appareil instrumental nécessaire à ma tentative.

Pendant les quinze jours qu'avait duré mon absence, les soins les plus attentifs avaient été prodigués à la malade par ses voisines, aidées de la vieille matrone. Les soins de propreté, les lotions et les demi-bains de décoctions émollientes, les onctions huileuses, mises en œuvre d'une manière assidue, me permirent de débuter immédiatement. Je ne songeai pas à combattre à la fois les trois lésions. La ceinture que M. Garriel m'avait fait construire pour maintenir le pessaire, en l'absence du périnée, me permettait de négliger la rupture de cette région. Quant au traitement de la fistule vésico-vaginale, il fallait le faire marcher de front avec celui du prolapsus utérin; tant que l'utérus ne serait pas reporté à sa place, il était impossible de voir l'urine reprendre son cours par l'urètre. Une indication non moins pressante était de fermer l'ouverture fistuleuse. Je songeai à profiter des circonstances qui facilitaient l'avivement de la solution de continuité et sa suture, tout en combattant le prolapsus. La situation des parties à l'extérieur rendait les manœuvres opératoires des plus faciles, et je pouvais mettre en œuvre les divers procédés recommandés pour le traitement du bec-de-lièvre; cependant mon désir d'éprouver la valeur thérapeutique des moyens les plus vulgaires me porta à faire choix de la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, puis, l'avivement produit, à essayer de soutenir les effets de la cautérisation à l'aide d'une suture; le plus simple moyen de réunion me parut devoir être l'emploi d'une serre-fine à dents multiples.

Mon plan de traitement bien mûri et les divers temps nettement formulés, je me mis à l'œuvre. Je commençai en attaquant par une cautérisation, à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent taillé en cône, toute la muqueuse de nouvelle formation qui tapissait le trajet de la fistule. L'élongation subie par la paroi vaginale semblait donner au trajet de la solution de continuité une étendue plus considérable qu'elle ne l'avait en réalité. Pour s'en convaincre, il suffisait de réduire la tumeur, et au fur et, à mesure que l'utérus rentrait dans le petit bassin, on voyait les dimensions du trajet fistuleux diminuer. Afin de ne laisser aucune portion de ce trajet échapper à l'action topique du nitrate d'argent, c'est dans cette situation des parties à moitié réduites que je pratiquai

mes cautérisations. Celles-ci terminées, je complétai la manœuvre, puis l'utérus soutenu dans sa situation normale à l'aide de deux doigts de la main gauche, j'introduisis le pessaire roulé sur lui-même et je le fis distendre. Cet appareil était maintenu en place à l'aide de la ceinture en caoutchouc vulcanisé. La figure ci-jointe, tout incomplète qu'elle soit, suffira pour en donner une idée : cette ceinture est formée par une plaque sur laquelle s'implante le pessaire *c*; à chacun des côtés de la plaque est fixé un tube en caoutchouc rempli d'air *b*,*b*, que l'on attache par ses extrémités antérieur et postérieure à un bandage de corps.



Dans le but de détourner les urines du trajet fistuleux, j'introduisis par l'urètre une sonde en gomme élastique; pour la fixer, il me suffit de lui faire traverser une ouverture pratiquée, au niveau du méat urinaire, dans la plaque en caoutchouc qui soutenait le pessaire. La présence de la sonde, la tuméfaction des tissus cautérisés et la compression exercée sur les bords de la fistule par le pessaire, rétablirent en partie, dès le premier jour, le cours des urines par sa voie normale. Le liquide était reçu dans une petite poche en caoutchouc fixée à la ceinture.

Pendant les cinq jours suivants, chaque matin le pessaire était vidé de l'air qu'il contenait, et l'appareil en caoutchouc enlevé; le prolapsus se produisait aussitôt. Lorsque les parties avaient été fomentées pendant environ une demi-heure, je procédais à la cautérisation de la fistule et à la réduction de l'utérus, puis la ceinture en caoutchouc était replacée. Quoique l'absence de tout écoulement d'urine par l'ouverture vaginale de la vessie me permît d'espérer une guérison, dans le but de l'assurer et d'en avancer le terme, je voulus avoir recours à l'emploi d'une suture. Les dimensions du pessaire distendaient les parois vaginales outre mesure, et je craignais que cette action mécanique ne vînt s'opposer à la cicatrisation de la fistule. Le sixième jour, le trajet et les bords de celle-ci étant complétement avivés par l'action du caustique, je tentai de neutraliser les effets de la distension des parois du vagin en plaçant sur les bords de la fistule une serre-fine à dents multiples.

Le placement de cette serre-fine fut un des temps les plus délicats de mes diverses manœuvres; sa présence ne devait pas gêner l'ampliation du pessaire, et les dimensions acquises par ce dernier ne devaient pas non plus faire lâcher prise aux mors de l'instrument. Je vins à bout de triompher des difficultés en me servant d'une serre-fine coudée et en jetant autour des mors une anse de fil qui me permit de les fixer solidement, sans cependant porter l'action de la ligature jusqu'à mortifier les tissus.

A partir de ce moment, le pessaire ne fut plus enlevé; on le dégonflait matin et soir et on le maintenait en place avec les doigts introduits dans le vagin pendant toute la durée des irrigations pratiquées pour enlever les mucosités vaginales. Les douleurs provoquées par la présence de la sonde m'engagèrent à la retirer et à ne l'introduire que trois fois dans la journée; elle était placée à demeure seulement pendant la nuit.

On ne tarda pas à cesser de veiller la malade, et les choses marchèrent rapi-

dement vers le but ardemment désiré. Le dixième jour, la ligature jetée autour des mors de la serre fine fut coupée à l'aide de ciseaux, et l'instrument, caché dans l'interstice des deux doigts pendant la distension du pessaire, demeura en place. Je cessai l'emploi de la sonde complétement. Deux jours après, la serre-fine elle-même fut enlevée à son tour, et j'eus la satisfaction de voir les urines continuer à couler par l'urètre.

Je fus contraint alors d'abandonner de nouveau mon intéressante malade, et quoique tout vînt me rassurer, je ne le fis pas sans inquiétude. Heureusement aucun accident ne survint, et je ne tardai pas à apprendre le maintien de la guérison de la fistule vésico-vaginale.

Il me restait, pour compléter ma cure, à réparer la solution de continuité du périnée. La malade me pressait, mais je pus le tenter seulement lors de mon retour, le 16 septembre. La lésion était peu profonde, on l'a vu, et la malade complétement remise de la fatigue de son long séjour au lit. Le succès obtenu avec l'emploi de la serre-fine, aidée de la cautérisation, m'engagea à recourir aux mêmes moyens. Pour agir sur le périnée, il me fallait renoncer à l'usage de la ceinture; privé du point d'appui solide qu'elle fournissait au pessaire, celui-ci continuerait-il à être maintenu en place à l'aide de l'action d'une forte serre-fine appliquée sur le périnée? Le poids léger du ballon en caoutchouc permettait de le supposer, mais il fallait en acquérir la preuve. La chose était facile. J'appliquai sur chacun des bords de la solution de continuité une rondelle en bouchon C, C, par-dessus laquelle je plaçai une forte serre-fine dont je joins ici la figure, et je serrai l'écrou A, B. La malade put se lever et marcher. Les mouvements provoquaient un peu de tiraillement, mais le pessaire ne se dérangea point; c'était le fait qu'il m'importait surtout de constater, car la malade devait reprendre le lit pendant la durée de cette nouvelle tentative.

Rassuré à l'égard du maintien de l'utérus, je commençai le jour même à pratiquer une cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, en agissant exclusivement sur l'angle de la solution de continuité, mais dans toute son étendue. Celle-ci accomplie, je replaçai ma *serre-forte*. Il fallut de nombreuses cautérisations avant d'avoir obtenu l'avivement complet des tissus de cicatrisation de la rupture périnéale, toute partielle qu'elle était. Pendant la durée de ce traitement, une large bande embrassait, la nuit, les cuisses de la malade afin de prévenir le tiraillement des bords de la solution de continuité. La femme était alimentée avec les substances les moins alibiles, et des lavements étaient donnés pour éviter tout effort pendant la défécation. Ce complément de la cure fut assez long; tous les deux jours la serre-forte était enlevée, afin de suivre le progrès de la cicatrisation, et chaque fois que le bourgeonnement paraissait languir dans un point, un attouchement plus vigoureux avec le caustique venait réveiller le travail de réparation.

Enfin, après six semaines de semblables manœuvres, la division périnéale était comblée, et j'eus la satisfaction de voir alors le pessaire maintenu en place sans aucun secours. La malade avait obtenu de l'intervention de l'art tout ce qu'il était possible d'espérer, la guérison de sa fistule vésico-vaginale et celle de la rupture partielle du périnée. Quant au prolapsus utérin, sa cure pouvait être seulement palliative; toutefois, muni de son pessaire, qui dé-

normals prenait un point d'appui solide sur le plancher périnéal restauré, cette femme ne tarda pas à reprendre ses occupations habituelles.

Dans les remarques auxquelles cette observation donnerait lieu, nous devons nous borner à celles qui ont trait à l'usage du pessaire; nous nous proposons, dans de prochains articles, d'examiner successivement la valeur de la cautérisation et des sutures métalliques. Chez notre malade, l'emploi du pessaire était commandé par l'existence du prolapsus de l'utérus. Nous avons émis l'opinion, dans le cours de notre récit, que nous aurions réussi à guérir la fistule par l'emploi combiné de la cautérisation et du tamponnement vaginal; ce n'est qu'une simple assertion, et, nous l'avons dit, ce sont les preuves qui manquent : ne voulant pas sortir des limites de l'expérimentation, seul juge de la valeur des procédés thérapeutiques, nous nous bornons à mettre en relief, dans ce fait, la facilité avec laquelle l'usage du ballon en caoutchouc a été supporté.

L'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de notre confrère, M. Féron, sans trancher complétement la question en litige, mérite cependant de prendre place ici.

Obs. II. *Fistule vésico-vaginale; hernie de la muqueuse de la vessie, à travers la perte de substance située au bas-fond de l'organe. — Usage d'un pessaire à réservoir d'air pendant cinq mois. — Guérison.* — La femme Pigné (Rose), habitant le village de Theuville, d'une santé robuste, se marie à l'âge de vingt-neuf ans. Dix mois après, elle met au monde un enfant fort et vigoureux. Un second accouchement a lieu l'année suivante. Celui-ci fut long, pénible, laborieux, et suivi de la production d'une fistule vésico-vaginale. Au bout de trois mois, ne voyant aucune amélioration survenir dans son état, elle se décide à venir me consulter. L'odeur d'urine qu'exhalent ses vêtements eût suffi pour établir mon diagnostic; je la fis toutefois coucher, afin de m'assurer de l'étendue de la solution de continuité.

Voici ce que je constatai (20 juin 1852) : la muqueuse qui tapisse le vagin est rouge, tuméfiée et très-sensible. Le doigt, explorant la paroi supérieure du canal, rencontre un peu en avant du museau de tanche un corps flottant assez semblable à un polype membraneux. Ce corps, du volume du petit doigt et long d'un centimètre, se laisse réduire et disparaît au milieu d'une ouverture qui existe à la paroi vésico-vaginale. Pendant cette manœuvre, une certaine quantité d'urine s'écoule le long de mon bras, jusque dans la manche de mon vêtement, et ne me laisse aucun doute sur la communication de la vessie avec le vagin. L'extrémité de mon index entre très-facilement dans l'ouverture de la paroi vésico-vaginale, et il m'eût été possible de pénétrer dans le réservoir urinaire. Je me gardai cependant d'agrandir la solution de continuité. Ainsi l'examen auquel je venais de me livrer ne me laissait aucun doute sur la nature, la forme et l'étendue de la lésion dont cette femme était atteinte.

La situation de la fistule, vers le bas-fond de l'organe, m'expliquait pourquoi, lorsque la malade se levait, elle restait quelque temps sans perdre d'urine par le vagin, et pourquoi elle en perdait une grande quantité, aussitôt qu'elle se couchait. La hernie de la muqueuse vésicale n'obturait pas complètement l'ou-

verture fistuleuse. L'existence de ce prolapsus vint me suggérer l'idée de recourir à l'emploi de la compression, et pour mettre en œuvre ce moyen, j'eus recours à une portion de vessie de porc. Celle-ci, une fois introduite dans le vagin, était distendue par l'insufflation.

Quelques heures après la première application de ce vulgaire pessaire, le besoin d'uriner, qui ne s'était pas fait sentir depuis trois mois, reparut, et la malade, à sa grande joie, urina par l'urètre. Chaque jour ou tous les deux jours, au plus, la vessie était changée, et, suivant que l'insufflation avait été plus ou moins bien faite, les urines passaient en plus ou moins grande quantité par la fistule. Toutefois, la majeure partie du liquide continua à être excrétée par sa voie naturelle. J'espérais pouvoir poursuivre ma cure à l'aide de ce mode si simple de compression, lorsqu'un accident vint me forcer à l'abandonner. La malade demeurait à une certaine distance de ma commune; or, il arriva un jour que je ne pus me rendre chez elle à mon heure habituelle, et l'air, raréfié par la chaleur des parties, amena la rupture des parois ramollies de la vessie. Cette explosion, dont la malade ne put se rendre compte, lui causa un vif effroi, et ce fut à grande peine que je la décidai à subir une nouvelle application, lui promettant que je lui apporterais, lors de ma prochaine visite, un appareil qui la mettrait à l'abri d'un semblable événement.

A mon retour, je m'empressai d'écrire à notre excellent confrère, M. Debout, et le priai de m'adresser un pessaire en caoutchouc vulcanisé, du volume d'une grosse orange, dimension que je donnais à ma vessie. Dès que cet appareil me fut parvenu, je le substituai à mon vulgaire agent, et lorsque j'eus appris à la malade la manœuvre si simple du pessaire à réservoir d'air, je fus délivré de la surveillance incessante à laquelle j'avais été condamné jusque-là.

Je n'en continuai pas moins à suivre avec soin la marche de la guérison. M. Debout m'avait rappelé le jugement porté par M. le professeur Velpeau : « Quant aux fistules du corps de la vessie, il n'y a point d'observation jusqu'ici qui prouve, sauf réplique, qu'on les ait guéries, » et notre confrère me priait de m'assurer si la cicatrisation de la solution de continuité de la paroi vésico-vaginale n'avait pas lieu par l'adhérence de la portion muqueuse vésicale qui faisait hernie à travers la perte de substance. M. Debout me rappelait les cures analogues qui s'observent dans les cas de plaies des parois abdominales par instruments tranchants, avec issue de l'épiploon.

Mon attention éveillée, je constatai, en effet, un petit repli de muqueuse, saillant à peine d'une ligne entre les lèvres de la fistule vésico-vaginale. Peu à peu, ce repli se fondit avec les bords de l'ouverture et donna lieu à une cicatrice légèrement rugueuse, dirigée transversalement.

Je maintins l'usage du pessaire pendant cinq mois, et aujourd'hui (janvier 1857) que trois années et demie se sont écoulées, la femme Pigné continue à jouir d'une santé parfaite. Un troisième accouchement, auquel j'ai voulu assister, a eu lieu un an après la guérison de la fistule, sans provoquer un nouvel accident, et les fonctions de la vessie continuent à se faire aussi normalement qu'autrefois.

Ce fait de M. Féron, pas plus que le nôtre, ne tranche la question que nous avons posée en tête de notre article, la possibilité de tarir, à l'aide du tamponnement vaginal, tout écoulement d'urine par les

fistules. C'est à l'action mécanique exercée par le moyen compresseur sur la muqueuse vésicale herniée à travers la solution de continuité de la paroi vésico-vaginale, que le cours des urines a dû de se rétablir par l'urètre. Sans la protrusion de la muqueuse vésicale, le même résultat aurait-il eu lieu? Quoi qu'il en soit, ce fait intéressant méritait de ne pas être perdu.

Confiant dans l'innocuité du moyen que nous signalons, nous avons tenté de provoquer un nouvel essai chez une jeune femme placée dans une de nos cliniques chirurgicales, mais nous n'avons pu l'obtenir. Le chef du service ne désespère pas encore de la cure spontanée de sa malade, quoique la fistule existe depuis plus de deux années. Le pessaire n'eût-il dans ce cas que l'effet d'un moyen palliatif (la malade perd ses urines seulement la nuit), que son emploi eût été encore un service rendu à cette femme.

Ne voulant pas dépasser les résultats de l'observation, nous nous bornons à dire que l'intervention du pessaire à réservoir d'air répond à l'indication principale du traitement des fistules vésico-vaginales; que son essai offre une innocuité complète; que le maniement de l'appareil instrumental est si simple, que sa manœuvre pourra le plus souvent être laissée à la malade. Reste à l'expérience à démontrer sa valeur dans les solutions de continuité non compliquées. DEBOUT.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formule contre la toux nerveuse,

Par le Dr CH. HARVENG, de Mannheim.

Lorsque cette forme de la toux se produit chez des sujets éminemment nerveux ou chez des femmes hystériques, ou bien qu'elle est occasionnée par l'accomplissement de certaines fonctions, comme la digestion chez de jeunes filles gastralgiques, c'est dans les conditions pathologiques de l'état général que le praticien doit aller puiser l'indication principale de son traitement; la toux est un phénomène secondaire. Il est une forme de toux nerveuse, dont la cause est plus difficile à déterminer, et qui paraît se rattacher à une disposition particulière des sujets; elle se manifeste à l'occasion de la plus légère irritation des bronches et affecte un caractère convulsif spasmodique, comparable à ce qui se passe dans la coqueluche. Les accès se manifestent principalement le soir, lorsque les malades se mettent au lit; les efforts de la toux augmentant par leur durée,

la titillation de la glotte amène un sentiment de suffocation qui les force à se mettre sur leur séant pendant une partie de la nuit. Cette toux convulsive se montre principalement à l'automne et persiste une grande partie de l'hiver. La forme des quintes, l'absence de signes stéthoscopiques conduisent les praticiens à recourir de préférence aux préparations de belladone pour triompher d'une affection qui trouble le repos des malades d'une manière si fâcheuse et peut finir par provoquer un emphysème pulmonaire. L'expérience a dû prouver à ceux des médecins qui suivent avec attention les effets des médicaments qu'ils prescrivent, que l'action de la belladone est loin de se montrer aussi efficace que dans la coqueluche. Le sentiment de sécheresse de la gorge en est augmenté et soutient la durée des accès, au lieu de les amoindrir. Voici une formule qui m'a fourni un résultat constant et rapide.

PR. Oléosaccharum de fenouil.......	2 gr., 50
Kermès minéral..............	0 gr., 10
Extrait de jusquiame	0 gr., 10
Opium......................	0 gr., 05

F. S. A. et divisez en deux doses ; on prend une dose le soir en se couchant, dans une tasse d'infusion de tilleul.

Lorsque le mélange est pris dès le début des accidents, ces deux doses, prises à un jour d'intervalle, suffisent pour enrayer la maladie ; du moins, c'est le résultat que j'ai obtenu dans une vingtaine de cas où j'y ai eu recours.

Potion ferrée et bains ferrés artificiels.

Nous devons les deux formules suivantes à M. Lambossy (de Nyon) :

Potion ferrée.

On remet au malade les deux solutions suivantes :

N° 1. PR. Sulfate de protoxyde de fer pur...	10 grammes.
Eau distillée ou de pluie..........	250 grammes.

Dissolvez et bouchez exactement.

N° 2. PR. Carbonate de soude............	15 grammes.
Eau distillée ou de pluie........	250 grammes.

Dissolvez.

Pour en faire usage, on verse une forte cuillerée à café de chacune d'elles dans un verre d'eau froide ; on agite et on obtient aussitôt un dépôt blanc verdâtre qu'il est important d'avaler avant qu'il change de couleur. L'eau de Seltz, l'eau de soude et surtout le vin

blanc sont les boissons dans lesquelles les malades préfèrent prendre la potion ferrée, en remplacement de l'eau froide, simple ou sucrée.

Dose : une forte cuillerée à café de chacune de ces solutions, trois fois par jour ; on peut arriver en peu de jours à une dose double.

Bains ferrés.

On prend cinq ou six bouteilles ordinaires, de la contenance d'un litre environ ; on les remplit de vinaigre et l'on ajoute dans chacune d'elles trois à quatre poignées de limaille ou mieux de tournure de fer ; on les laisse ouvertes et exposées à l'air ; la réaction est terminée quand la liqueur a pris le goût de l'encre (acétate de fer).

Dose pour un bain : le liquide de l'une des bouteilles. Durée du bain : de une heure à deux. La limaille est laissée au fond du bocal et peut servir par l'addition d'une nouvelle proportion de vinaigre. On peut faire servir plusieurs fois l'eau du bain, en ajoutant seulement une demi-bouteille du liquide précédent.

Adultération du sulfate de quinine par le sulfate d'aricine [1].

M. Ascoop vient de rencontrer du sulfate de quinine adultéré par du sulfate d'aricine. Cette fraude est d'autant plus difficile à découvrir (plusieurs pharmaciens avaient déjà jugé bon le sel de quinine objet de cette note), qu'examiné par le procédé de Liebig, recommandé par la *Nouvelle Pharmacopée*, le sulfate en question offre les caractères d'un bon produit, l'aricine étant soluble dans l'éther sulfurique aussi bien que la quinine. Ce n'est qu'en faisant évaporer la dissolution éthérée, et en traitant le résidu sec par de l'acide nitrique *concentré*, qu'on peut découvrir cette falsification.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la cautérisation circulaire.

(Communiqué à l'Académie des sciences, dans sa séance du 29 juin 1857) [2].

Lorsqu'une tumeur, en se développant, prend une forme arrondie et qu'en même temps la portion par laquelle elle tient à l'individu qui en est affligé se rétrécit, on dit : qu'*elle est pédiculée.*

---

[1] Journal de médecine de Bruxelles.

[2] Ce mémoire a aussi valu à l'auteur l'honneur d'être nommé membre correspondant de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire.

La première pensée qui doit venir à l'esprit du chirurgien, en présence des tumeurs qui affectent cette forme, c'est d'étreindre cette base rétrécie dans un lien, qu'on serre de plus en plus, qui suspend dans toute la portion de la tumeur située au-dessus de la ligature toute circulation et par suite toute vitalité, qui la frappe par conséquent de mort et détermine nécessairement sa chute par suite du travail auquel la nature se livre dans tous les cas de ce genre; travail d'élimination qui s'opère au-dessous de la ligature et qui détermine la chute de la tumeur, dans des délais plus ou moins longs.

Il faut que de grands inconvénients se rattachent à cette méthode, puisque, malgré sa simplicité, elle n'est guère appliquée qu'au traitement des verrues. M. le professeur Jobert de Lamballe, dans une leçon sur *les loupes* (voy. Gazette des hôpitaux, année 1855, n° 94), s'explique dans les termes suivants sur le procédé de la ligature : «On a aussi proposé de lier la tumeur avec un fil ciré. Ce procédé qui, en théorie, est si simple, a souvent, dans son application, déterminé des accidents de gangrène tellement graves que plusieurs malades y ont succombé. La ligature est très-douloureuse, très-dangereuse, et la prudence défend aux chirurgiens de s'exposer aux sérieuses complications qui suivent très-souvent son emploi. » Le même auteur ajoute que ce procédé exposerait même aux érésipèles.

Parmi les inconvénients que M. Jobert attribue à la ligature *simple*, il en est un qui me paraît incontestable, car il a été signalé par les partisans eux-mêmes de cette méthode. Ainsi M. Perrod, de Lyon, élève de M. Gensoul, en relatant dans sa Thèse inaugurale [1] un fait d'ablation par la ligature d'un tumeur pédiculée située sur la tête et très-volumineuse, s'exprime ainsi : « La base de la tumeur fut entourée par l'anse d'un cordonnet de soie, et la constriction fut opérée à l'aide d'un barillet constricteur, de l'invention de M. Gensoul. Les douleurs furent assez violentes dans les premiers moments qui suivirent la constriction; on prescrivit les opiacés à l'intérieur et à l'extérieur. La ligature fut resserrée deux fois, le jour même de l'opération. Le lendemain, on renouvela la constriction, et on la réitéra trois fois dans la journée. La tumeur, qui était d'abord d'un rouge foncé et qui avait augmenté de volume, prit une teinte noire, devint flasque, et la ligature, serrée deux fois chaque jour, fut enfin suivie de la chute de la tumeur. Dès lors les douleurs, qui avaient graduellement diminué, cessèrent complé-

---

[1] De l'emploi de la ligature pour opérer l'ablation de diverses tumeurs. Paris, 1829.

tement... » (Archives générales de médecine, année 1829, t. XXI, p. 597 et 598.)

En citant les lignes qui précèdent, je n'ai pas seulement voulu corroborer le témoignage de M. le professeur Jobert au sujet de la production de la douleur, mais j'étais bien aise, en outre, de rappeler l'ancien procédé, dont je connaissais les inconvénients et les dangers. Aussi, le jour où l'occasion me fut offerte d'en faire une application facile et qui me parut convenable, j'y apportai de suite une importante modification, qui, je le crois du moins, lui enlève tous ses inconvénients, tous ses dangers, en lui laissant tous ses avantages. Voici la relation de ce premier fait, que je puise dans le mémoire que je viens de publier sur la substitution de la cautérisation au bistouri pour l'ablation de la plupart des tumeurs (1).

Obs. I. Une cinquième loupe mérite d'être notée : elle était tout au plus du volume d'un gros pois, située sur le temporal, derrière le pavillon de l'oreille droite ; mais différant en cela de la plupart des productions morbides de ce genre, elle était parfaitement pédiculée ! Je compris le pédicule dans un nœud de fil de chanvre que j'avais préalablement imbibé de la solution caustique (2) et que je serrai à peine. Les jours suivants, en même temps que j'humectai le fil de la même façon, je le serrai légèrement. Le cinquième jour, la loupe, avec la peau qui l'entourait, suivit le fil, sur lequel je n'avais exercé qu'une très-légère traction ; la cicatrisation fut rapide et la cicatrice à peine visible.

Je croyais la méthode tout à fait nouvelle ; je croyais qu'à moi revenait l'honneur de l'avoir instituée le premier, quand, en parcourant les thèses de la Faculté de médecine de Paris, j'ai trouvé le fait suivant dans celle d'un médecin du nom de Gissot (3), soutenue en l'an XIII (1805).

Obs. II. M... portait à la partie interne supérieure et postérieure de la cuisse droite, un stéatôme de la grosseur d'un œuf de poule. M. Boyer (Obs. recueillie dans le cours de pathologie de ce professeur) plaça autour du pédicule mince, qui supportait la tumeur, un fil de coton trempé dans de la potasse caustique tombée en *deliquium*. Au bout de quatre heures, l'escarre se trouva formée, on l'incisa, et une ligature, qui fut placée dans l'incision et qu'on serra gra-

(1) De l'ablation curative des loupes, lipômes et tumeurs analogues, sans opération sanglante. Br. in-8°, ornée d'une lithographie, chez J.-B. Baillière, à Paris. — Cette première observation est la fin de l'Obs. V de ce mémoire, qui en renferme trente, tendant toutes à démontrer les avantages de la cautérisation et les dangers de l'instrument tranchant.

(2) C'était une dissolution aussi concentrée que possible de potasse caustique. Quant au fil employé, il faut qu'il soit d'origine végétale, vu l'action dissolvante bien connue de la potasse sur les substances animales.

(3) Essai sur les loupes, page 16.

duellement, fit tomber la loupe le cinquième jour, *sans avoir causé presque aucune douleur*.

L'illustre chirurgien, à qui M. Gissot a emprunté ce fait important, l'a lui-même relaté dans ses œuvres à jamais immortelles (Traité des malad. chirurgic., 4e édit., t. II, p. 503). Mais on voit qu'il n'a eu en aucune façon la pensée de généraliser ce procédé, de constituer une méthode : il l'employait, dit-il, *dans le seul but d'éviter aux malades la douleur de la ligature*. On vient de voir, en effet, que Boyer se contentait de produire une première escarre, qui n'intéressait que l'épaisseur de la peau, et qu'il fendait pour placer une nouvelle ligature dans le fond de l'incision, mais sans la charger de nouveau de la solution caustique. Cette seconde ligature était successivement serrée, jusqu'à ce qu'il eût obtenu la flétrissure d'abord, puis la chute de la tumeur. Mais il me semble que, même en procédant ainsi, indépendamment de cette circonstance importante, que le résultat désiré doit se faire plus longtemps attendre, on peut encore avoir à redouter les inconvénients de la ligature, diminués cependant de cette circonstance que la peau ayant été franchie à l'aide de la cautérisation, on n'a rien à craindre des mauvais effets, toujours les plus redoutables, de la compression, sans destruction préalable par le caustique, exercée sur cette importante enveloppe de tous nos organes.

Dans l'observation qui va suivre, comme dans celle par laquelle j'ai débuté, la ligature n'a jamais été qu'un moyen commode d'appliquer la solution caustique, de régulariser et d'accélérer son action, et on va voir combien le résultat a été favorable et facilement obtenu. Le cas offre la plus grande analogie avec celui de Boyer, quant à la situation et à la nature de la tumeur.

Obs. III. M. D.., ancien magistrat à A...., âgé de soixante-huit ans, jouissant d'une très-bonne santé, porte à la base de la fesse droite, au-dessus de ce sillon profond qui la sépare de l'origine de la cuisse, par conséquent sur le bord inférieur du grand fessier, une tumeur irrégulièrement sphérique, du volume d'une reinette grise (grand diam. 0m,7, petit diam. 0m,5 ; circonférence 0m,18), pendante par suite de l'allongement de la peau, qui lui fournit une enveloppe pédiculée assez large. Cette tumeur, qui, par conséquent, n'a aucune espèce d'adhérence, dont l'origine remonte à quinze ou vingt ans, offre au toucher quelques inégalités qui vous donnent la sensation de vaisseaux lymphatiques engorgés et rampant sous la peau ; du reste, aucune sensibilité, mais une sensation pénible accusée par le malade en un point de la circonférence qui se rapproche du pédicule. Toute la peau qui recouvre la tumeur est sensiblement plus animée que la peau voisine, et cependant il n'y existe aucune espèce de chaleur ; aussi doit-on attribuer cette coloration rosée, qui diminue quand on soutient la tumeur, à la difficulté que la pesanteur oppose au sang, qui circule dans l'épaisseur de la peau, pour retourner dans le torrent circulatoire.

Immédiatement (6 oct. 1851) je pratiquai une première cautérisation circulaire à l'aide d'un gros fil, abondamment imprégné d'une solution concentrée de potasse caustique dont j'entourai le pédicule sans le serrer; le même soir, je mouillai abondamment la même ligature avec la solution caustique.

Le 7. La tumeur a légèrement diminué de volume et est devenue plus ferme; j'enlève le premier lien pour en appliquer un second (toujours abondamment imprégné de solution caustique) que je serre assez fortement, sans causer aucune douleur; le soir, quatrième cautérisation en mouillant le fil.

Le 8. J'intéresse d'abord légèrement, à l'aide de la pointe d'une lancette et à une profondeur de 3 millimètres au plus, l'escarre qui s'est formée sous le fil et qui reste fort humide. A la partie inférieure, je rencontre une artériole qui fournit une ou deux gouttes d'un sang très-vermeil; il me suffit de toucher avec le caustique l'endroit où le sang s'est montré, pour en arrêter immédiatement l'écoulement. Application d'une nouvelle ligature, toujours chargée de caustique, dans le sillon que j'ai ouvert dans l'escarre; à peine ai-je serré celle ci, que presque immédiatement on voit la tumeur perdre sa couleur rosée, pâlir, prendre une teinte plumbée, et la peau qui la recouvre commence à se friper; la tumeur est encore plus ferme. Le soir, elle a pris une teinte violacée, tendant vers le noir, et au toucher elle est froide; l'épiderme est encore plus fripé; sixième cautérisation.

Le 9. La tumeur a repris quelque chaleur, et sa face antérieure une teinte plus animée; je complète le sillon que j'avais commencé à ouvrir, et j'applique une nouvelle ligature, toujours bien chargée de caustique, comme de juste. Le soir, la tumeur a pris une teinte encore plus animée, ce qui me détermine à appliquer un nouveau lien, bien imprégné de caustique, que je serre le plus possible. A peine cette opération faite (sans que le malade en ait rien senti), je vois une teinte bleue livide se répandre sur ce côté, qui conservait encore quelque vie, quoiqu'il eût perdu toute chaleur.

Le 10. La tumeur ne tenant plus que par un pédicule assez étroit, j'essayai de l'inciser couche par couche, tout prêt à m'arrêter à la moindre manifestation d'une sensation douloureuse; car un reste d'animation me faisait craindre de ne point avoir éteint toute vitalité; mais l'ablation eut lieu à l'insu du malade, qui fut fort étonné quand je lui montrai sa tumeur. Il y eut cependant un point qui fournit quelques gouttes de sang, que j'arrêtai immédiatement en le touchant avec un crayon de nitrate d'argent; puis, je pratiquai une dernière cautérisation avec la solution de potasse caustique, sur toute l'étendue de l'escarre, qui était bien grande comme une pièce de cinq francs, et qui commençait à se détacher.

M. D... quitta le lendemain Paris pour retourner à A..., où le rappelaient ses fonctions, qu'il reprit immédiatement, se pansant matin et soir avec de la pommade de concombre. L'escarre se détacha vers la fin d'octobre; mais la cicatrisation complète, qui se fit un peu attendre, ne fut définitive que dans les premiers jours de décembre.

L'Exposition a ramené M. D... à Paris, et, dans la visite qu'il m'a faite (15 sept. 1855), j'ai appris avec une grande satisfaction qu'il n'avait rien ressenti depuis, et je lui ai trouvé si bon visage, que j'ai dû penser que la présence de cette tumeur apportait dans sa santé quelque trouble ou physique, ou moral.

Je viens de revoir M. D... qui a aujourd'hui (15 juillet 1857) soixante-quatorze ans, et à qui on en donnerait à peine soixante, tant sa santé est florissante.

Je compléterai maintenant cette observation par l'analyse microscopique et chimique de cette tumeur : la première faite avec le concours de M. le docteur Mandl, la seconde par M. Lassaigne, alors professeur de chimie à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

La masse pesait 113 gr. 50 centigr. C'est une tumeur adipeuse très-adhérente à la peau par une enveloppe cellulo-vasculaire, qui envoie de nombreux prolongements et des feuilles formant cloison, à travers la substance adipeuse, qui est entièrement composée de vésicules graisseuses hypertrophiées. A l'aide du microscope, on distingue, entre les globules graisseux, les fibres fines et ondulées du tissu cellulaire, de même qu'on constate l'existence de vaisseaux très-nombreux, avec leurs ramifications et leur contenu sanguin et globuleux. Ce qui rendait donc ce lipôme remarquable, c'était sa richesse vasculaire et la puissante adhérence de la peau au tissu cellulaire épaissi.

A l'analyse chimique, M. Lassaigne a trouvé :

Eau	32 gr., 5
Huile ou graisse demi-fluide	48 gr., »
Albumine soluble et principes salins du sérum du sang.	1 gr., 4
Tissu albumino-fibreux..	18 gr., 1
	100 gr., »

« La matière huileuse de ce lipôme, continue M. Lassaigne, dans la lettre qu'il m'a fait l'honneur de m'écrire, en date du 27 octobre 1851, se saponifie par l'action des alcalis caustiques et fournit un savon qui communique à l'eau beaucoup de viscosité.

« L'incinération d'une partie de ce lipôme n'a fourni qu'une très-petite quantité de cendres, dont le poids s'élevait à environ 0,004 de la masse. Ces cendres renfermaient du chlorure de sodium, du carbonate de soude et de petites quantités de sulfate et de phosphate. »

M. Lassaigne a soin de me faire observer qu'il n'a agi que sur les parties centrales, qui n'avaient point été atteintes par le caustique.

On aurait pu, dans ce cas, si ce n'eût été l'invincible répugnance que M. D*** avait contre l'instrument tranchant, y avoir recours, sans qu'il en fût probablement résulté de grands inconvénients. Il n'y aurait eu aucune dissection à faire : une simple section, qui eût été faite rapidement et en un seul temps, aurait suffi, et si elle eût été suivie du développement d'un érésipèle, ce qui est toujours possible, son siége lui eût sans doute permis de suivre son cours sans danger pour le malade. Ce qu'il y eut seulement à redouter,

d'après la richesse vasculaire dévoilée par le microscope, c'est une hémorrhagie plus ou moins abondante, et qui eût pu nécessiter la ligature d'une ou de plusieurs artères, ce qui eût fait rentrer cette ablation de tumeur, si simple de prime abord, dans la classe des grandes opérations ; tandis qu'en ayant recours à la cautérisation, c'est à peine si le malade a perdu quelques gouttes de sang, et on était certain de ne pas voir se produire d'érésipèle.

Cette certitude dominait la question dans le cas suivant, où il s'agissait d'un vieillard chez lequel un érésipèle, surtout s'il eût été phlegmoneux, comme dans le cas relaté au mémoire cité plus haut (Obs. XVI, p. 37), eût été facilement mortel. Aussi appréciera-t-on sans doute, encore mieux que dans le cas précédent, les avantages de la cautérisation circulaire, dont je lui ai fait une heureuse application.

Obs. IV. Le nommé Dupuis (demeurant alors rue du Faubourg-Saint-Denis, nº 45), âgé de soixante-treize ans et cependant jouissant encore d'une assez bonne santé, est affecté de deux loupes : la première, située au sommet du coronal, sur la ligne médiane, et dont l'origine remonte à vingt-cinq ou trente ans, n'est arrivée dans cette longue période de temps qu'au volume d'une grosse amande, dont elle a l'aspect. La seconde, au contraire, située au côté gauche de la tête, sur la ligne courbe supérieure de l'occipital, quoique ne remontant qu'à cinq ou six ans, a acquis le volume d'une très-grosse bille de billard (grand diam., 0m,068; petit diam., 0m,060) dont elle affecte la forme. Cette tumeur est recouverte d'une peau très-fine que sillonnent des veines nombreuses, et dont la température m'a paru plus faible que celle du cuir chevelu, quoiqu'il ne soit recouvert que de rares cheveux.

A l'aspect de cette tumeur, je compris sur-le-champ que si je voulais mettre en usage la méthode que j'emploie habituellement pour les loupes d'un gros volume[1], et qui consiste à enlever avec la tumeur un lambeau de peau compris entre deux lignes de cautérisation, j'avais à craindre que toute cette portion de peau ainsi réservée pour faciliter la cicatrisation, mais déjà fortement altérée par la distension qu'elle avait subie, ne tombât en pourriture et ne me fût, par conséquent, d'aucune utilité. Cette considération me détermina à enlever la tumeur en masse, en comprenant sa base, qui n'avait que 0m,50. de diamètre, dans un fil un peu fort et abondamment imbibé d'une solution concentrée de potasse caustique. Seulement, pour empêcher la cautérisation de s'étendre, je pris la précaution d'enduire de collodion toute la portion du cuir chevelu au centre duquel s'était développée la tumeur.

C'est le 20 mars (1854) que je fis l'application du premier lien, ce qui a excité une douleur assez vive et qui dura deux heures au moins.

Le 21. Deuxième cautérisation circulaire.

Le 22. La douleur causée par cette seconde cautérisation a persisté toute la journée, même la nuit, et a troublé le sommeil. Elle a, du reste, exercé une action puissante sur la vitalité de la tumeur, dont l'enveloppe cutanée a pris une

[1] V. l'Obs. XXX, p. 75, de mon mémoire.

couleur lie de vin très-prononcée, surtout en dessous, où elle est presque noire; toute la tumeur est froide comme le marbre. Troisième cautérisation, en serrant très-fort le fil, que je charge très abondamment de caustique.

Le 24. Toute la moitié inférieure de la tumeur est complétement gangrenée et se couvre de phlyctènes, qui laissent échapper une sérosité d'une odeur nauséabonde Il existe un peu d'agitation fébrile chez le malade, qui se plaint de la perte de son appétit. Je conseille, mais en vain, l'usage du sirop de quinquina. C'est alors que sentant la nécessité de faire pénétrer également le caustique, j'intéresse légèrement, à l'aide de la pointe d'une lancette, la partie supérieure de l'escarre circulaire, ce que je réussis à faire sans exciter la moindre douleur, mais en déterminant l'écoulement de quelques gouttes d'un sang très-pauvre; puis j'applique un quatrième lien.

Le 29. Dupuis, un peu éprouvé par la dernière cautérisation, n'est revenu me trouver qu'aujourd'hui. Sans doute sa santé générale est raffermie, mais la tumeur a repris quelque vitalité. J'applique immédiatement un nouveau lien circulaire très-abondamment chargé de caustique, mais après avoir légèrement fendu l'escarre dans toute son étendue.

Le 1er avril, la tumeur s'est en grande partie vidée par une petite ouverture qui s'y est faite spontanément dans la portion sphacélée. Il s'en est écoulé un liquide noirâtre, exhalant une odeur horriblement fétide. Je continue d'inciser toute la portion de l'escarre où toute vitalité est bien certainement éteinte, et j'applique un nouveau lien. Malgré l'existence d'un mouvement fébrile marqué et la douleur toujours assez vive, mais peu durable, excitée par la cautérisation, la santé générale se soutient bien.

Le 4. La tumeur est aujourd'hui entièrement vidée, mais la portion supérieure de son enveloppe cutanée a conservé quelque vitalité, ce qui m'oblige à pratiquer une septième cautérisation circulaire. Elle est suivie d'une suppuration assez abondante, qui atteint une des ramifications de l'artère occipitale, ce qui détermine un léger écoulement de sang qui s'arrête spontanément.

Le 8. La tumeur a continué de se réduire; cependant, je fais une nouvelle cautérisation, et à l'instant même la portion de la peau restée encore vivante devient immédiatement livide; aussi, la trouvai-je tombée à ma visite du 10 avril. Cette fois, en voulant appliquer un dernier lien, toujours chargé de caustique, à un fragment de tissu resté encore vivant, je mis à découvert une seconde artériole, aussi fournie par l'occipitale, mais dont je réussis à arrêter immédiatement le sang, à l'aide d'une petite compresse imbibée de perchlorure de fer.

Malgré la précaution que j'avais prise d'enduire de collodion les parties circonvoisines, il resta, après la chute de la dernière escarre, une plaie de la grandeur à peu près et de la forme d'une pièce de cinq francs, mais dont la cicatrisation était complète le 1er mai.

J'ai eu depuis plusieurs fois l'occasion de revoir M. D..., qui s'est remarié, malgré son grand âge, et qui ne conserve de son énorme loupe qu'une cicatrice superficielle, grande à peine comme une pièce de cinquante centimes, et que ses rares cheveux blancs dissimulent cependant fort bien.

L'analyse microscopique et chimique que j'ai donnée de la tumeur qui fait l'objet de l'observation précédente prouve que, malgré le cachet pratique qu'ont mes recherches sur l'ablation des tu-

meurs de diverses natures, je ne voudrais pas qu'on pût me croire étranger aux considérations scientifiques dont elles peuvent être l'objet, et on trouvera dans mon mémoire sur leur ablation curative plusieurs analyses miscroscopiques (p. 56 et suiv.) et une analyse chimique (p. 60 et suiv.) de tumeurs semblables à celle enlevée à Dupuis.

Les investigations semblables auxquelles a été soumise la tumeur dont l'ablation par la cautérisation circulaire (opération aussi heureuse que rapide) va être l'objet de l'observation suivante ; ces investigations, dis-je, démontreront par leurs résultats combien ces tumeurs diffèrent encore plus par leur composition intime que par l'aspect qu'elles offrent au premier coup d'œil.

Obs. V. M. L..., âgé de soixante-trois ans, officier supérieur en retraite, demeurant à N..., porte sur la région épigastrique une tumeur pédiculée, de forme ovale et ayant assez bien la forme d'un galet. Son plus grand diamètre est de 0m,055, le plus petit de 0m,040, et son épaisseur de 0m,030 Son pédicule prend naissance au milieu d'une autre tumeur aplatie, ayant à peu près l'aspect d'un *nævus maternus*, et elle y est attachée par un pédicule qui a environ le tiers du diamètre de sa face inférieure. Toute la surface de cette tumeur est lisse, recouverte d'une peau très-mince, qui laisse continuellement échapper un sang liquide et très-rouge, écoulement qui augmente au moindre contact un peu rude. La première tumeur, sur laquelle celle-ci est implantée, est inégale, mamelonnée, comme les *nævi*, mais la peau qui la recouvre est sèche, ridée, et d'une teinte rosée : elle recouvre presque en entier la région épigastrique. A droite de cette plaque, du côté du foie, il existe une seconde tumeur, aplatie comme la première, assez longue, très-étroite et ayant le même aspect. L'une et l'autre offrent des renflements pédiculés aussi et qui ont quelque analogie de forme avec des végétations.

M. L... fait remonter l'origine de la première de ces tumeurs à 1810 ou 1811; il en attribue la cause à la pression exercée par le ceinturon de son sabre. En 1815, on pratiqua l'ablation de cette première tumeur à l'aide du bistouri, ce qui exigea une dissection assez longue et donna lieu à une hémorrhagie abondante et qui fut difficile à arrêter.

Soit parce qu'elle n'avait point été complétement enlevée, soit parce que la même cause la fit se reproduire, toujours est-il qu'elle ne tarda point à renaître, qu'elle s'étendit de plus en plus et donna lieu à des excruissances pédiculées dont plusieurs furent enlevées par le malade lui-même à l'aide de la ligature, ce qui lui était furt douloureux. Mais il en survint une, plus volumineuse que les autres, qu'il n'osa point attaquer de la même façon et qui a fini par acquérir les dimensions que j'ai données plus haut.

J'ai immédiatement (24 juin 1852) attaqué cette grosse tumeur d'apparence sanguine par la cautérisation circulaire pratiquée à l'aide d'un gros fil de chanvre imprégné de solution de potasse caustique et légèrement serrée autour de son pédicule.

Le 25. J'enlève le premier fil, qui a formé une escarre bien marquée déjà fétide et laissant échapper un sang vermeil. Application d'un nouveau fil chargé de caustique comme le premier. Quoique le malade affirme que la douleur est

fort légère, nullement comparable à celle que lui causaient les petites ligatures qu'il a plusieurs fois appliquées lui-même antérieurement ; impressionné par la première cautérisation, il l'est par la seconde au point d'éprouver presque une syncope.

Le 26. Le fil caustique étant appliqué sur des tissus d'une nature peu résistante, il a commencé à pénétrer dans l'intérieur du pédicule, et une petite portion de la tumeur commence à être frappée de gangrène. Troisième cautérisation.

Le 27. Quatrième cautérisation.

Le 28. Chute de la tumeur ! ce qui donne lieu à l'écoulement d'un peu de sang, qui a été facilement arrêté au moyen d'une application d'eau de Cagliari ; ensuite, pansements avec la pommade de concombre additionnée de 1 centigramme par gramme de sous-carbonate de plomb.

Le 8 juillet, M. L .. a pu retourner à N..., où il réside, et j'ai appris, le 10 août suivant, par M le général de Saint-M..., qui me l'avait adressé, la guérison définitive de la plaie qui avait succédé à la chute de l'escarre.

Quant aux deux tumeurs plates dont j'ai signalé l'existence, elles sont restées dans le même état, et comme elles ne causaient aucune gêne au malade, il s'est peu soucié de se soumettre à des cautérisations, qui, à cause de leur étendue, eussent pu être assez douloureuses, et je n'avais aucune raison sérieuse de l'y engager.

J'ai eu ensuite, par la même voie, des nouvelles de M. L..., et j'ai appris avec plaisir qu'il avait continué de jouir du bénéfice de son opération jusqu'en 1856, époque à laquelle il a succombé à une affection catarrhale.

Il y avait un grand intérêt à s'éclairer sur la nature de la tumeur enlevée, et, malgré l'altération que lui avait fait subir l'action du caustique, elle a pu être examinée au miscroscope par M. Lebert, qui habitait alors Paris, et qui est aujourd'hui médecin en chef du grand hôpital de Zurich.

La tumeur pesait encore 47 grammes.

« Elle était de nature *fibro-plastique* (1), c'est-à-dire composée de noyaux étroits, elliptiques, de corps fusiformes et de fibres ; des éléments, en un mot, qui sont le passage entre les cellules et les fibres. C'est un genre de tumeur qui a une grande tendance à récidiver sur place (2). »

Il existait un grand intérêt à contrôler l'analyse microscopique par l'analyse chimique. M. le docteur Lassaigne voulut bien encore se charger de ce travail, qui ne pouvait être confié à de plus ha-

(1) Ai-je besoin de rappeler que M. le docteur Lebert est le premier qui ait attiré l'attention des chirurgiens sur les tumeurs de ce genre, qu'il considérait alors comme des affections purement locales. Son opinion paraît s'être modifiée depuis ?

(2) Nous avons vu plus haut que, malgré la disposition inhérente à la nature de ces tumeurs, M. L... n'avait pas vu se reproduire de nouvelles végétations du même genre. Faut-il en faire honneur au mode d'ablation mis en usage ou à quelque heureux hasard ? voilà ce que je ne saurais encore décider.

biles mains. Voici le résultat de ses recherches, consigné dans une lettre qu'il fit l'honneur de m'écrire le 24 août 1852 :

« Je viens de soumettre à l'analyse chimique la tumeur que vous m'avez adressée dans les premiers jours de juillet. Cette tumeur, que vous désignez sous le nom de *fibro-plastique*, est composée de *fibrine organisée*, contenant entre ses parties une assez grande quantité de *sérosité sanguinolente*.

« La fibrine que j'en ai retirée par le lavage avait tous les caractères physiques et chimiques de celle qu'on retire du caillot de sang. Elle contenait une petite quantité de matière grasse, que l'éther et l'alcool en ont séparée. Cette tumeur, qui doit son origine aux principes constitutifs du sang, qui se sont organisés, diffère donc des tumeurs graisseuses ou loupes, que vous m'avez fait remettre à diverses époques. »

Je terminerai ce mémoire par l'histoire de l'ablation d'une de ces tumeurs, qui se développent encore assez souvent sur le nez de certains individus que l'on considère assez généralement, sinon comme adonnés à l'ivrognerie, du moins comme étant fort intempérants. Cette condition d'un mauvais régime peut sans doute exercer une influence fâcheuse ; mais on verra cependant, d'après le fait suivant, qu'elle ne doit être considérée que comme une cause occasionnelle, et qu'il faut en chercher la cause efficiente dans le tempérament du malade. De ce même fait ressortira aussi la supériorité dans les cas de ce genre de la cautérisation circulaire sur le bistouri, qui aurait probablement déterminé une de ces hémorrhagies *en nappe*, dont on ne se rend maître qu'assez difficilement.

Obs. VI. Mme H..., âgée de cinquante-un ans, encore parfaitement réglée, d'un tempérament éminemment sanguin, de mœurs qui ont toujours été irréprochables et observant un régime de vie très-tempéré, sévère même, car elle n'a jamais bu que de l'eau, porte sur la narine gauche une excroissance charnue, du volume et à peu près de la forme d'une petite fève de marais, et dont l'origine remonte à l'âge de quarante-sept ans. C'était, à cette époque, un petit bouton qui, après s'être manifesté tous les mois périodiquement et à chaque époque menstruelle, a fini par être permanent et a commencé (dans le temps même où la malade était frappée d'apoplexie avec hémiplégie à gauche, persistante encore aujourd'hui) à augmenter chaque année de volume [1].

J'ai pratiqué immédiatement (20 juin 1855) une première cautérisation cir-

[1] Le père de Mme H... avait eu la même tumeur, mais sur la narine droite. Elle avait commencé à se développer à l'âge de quarante-neuf ans. Il fut frappé d'apoplexie à l'âge de cinquante ans environ, avec hémiplégie à gauche, et cette maladie n'avait été suivie que d'un rétablissement incomplet; ce qui ne l'a point empêché de vivre jusqu'à l'âge de soixante-dix ans, en offrant, dans les derniers temps de sa vie, tous les symptômes de la phthisie pulmonaire.

culaire à l'aide d'un fil de lin très-fin, imprégné d'une solution très-concentrée de potasse caustique et étreignant légèrement sa base.

Le 21. Le fil a déjà pénétré profondément dans la substance même de la petite tumeur, qui saigne légèrement et dont tout démontre la nature vasculaire. Deuxième cautérisation.

Le 22. La tumeur commence à pâlir. Troisième cautérisation.

Le 23. Quatrième cautérisation. Le fil pénètre à une grande profondeur.

Le 25. Cinquième cautérisation. Le fil précédent a pénétré si profondément, qu'il m'est impossible de le retirer; j'applique celui de ce jour par-dessus le précédent. La plaie faite par la ligature suinte continuellement.

Le 27. La tumeur pâlit de plus en plus et ressemble aujourd'hui presque à un morceau de cire.

Le 29. Application d'une septième ligature par-dessus les deux précédentes. La petite tumeur prend un aspect de plus en plus livide, et elle suinte beaucoup moins depuis que la malade, se conformant en cela à mes conseils, a le soin de n'y plus toucher.

Le 2 juillet. Huitième cautérisation. La tumeur, au moment même où je serre la ligature, commence à se gangrener à sa base.

Le 4. Application d'une neuvième ligature. On voit la coloration en noir s'étendre de plus en plus, et le 5, toute la petite tumeur est frappée de gangrène. Les cautérisations précédentes avaient été fort peu douloureuses; celle-ci n'excite aucune espèce de douleur.

Le 6. J'applique un dernier fil, puis je tords légèrement la tumeur, qui ne tarde point à tomber, ce qui a lieu sans le plus léger écoulement de sang et sans la moindre douleur. Ensuite je cautérise, avec le crayon de nitrate d'argent, la plaie, qui est grande environ comme une pièce de vingt centimes.

Malgré la désorganisation de la tumeur résultant de l'action de la cautérisation qui, en y suspendant la circulation, la frappe entièrement de gangrène, j'ai pu en faire, à l'aide de la loupe seulement, un examen anatomique qui peut éclairer, ce me semble, sur le mode de développement de ces tumeurs.

D'abord, au centre de la plaie faite par le caustique et qui a succédé à la chute de la tumeur, on aperçoit un fragment du pédicule, qui est évidemment cartilagino-fibreux, et qui va s'implanter sur le cartilage du nez. En fendant la tumeur avec soin, on reconnaît aisément que ce pédicule se prolonge, en s'épanouissant d'abord, dans le centre de la tumeur; puis, ses irradiations reviennent sur elles-mêmes, de manière à se terminer en pointe, ce qui explique la disposition piriforme qu'ont toujours ces singulières végétations. C'est autour de ce pédicule fibreux que se développe un tissu vasculaire, qui offre une grande analogie avec celui de certains polypes, et qui, lorsqu'on le presse, laisse échapper le sang, à la manière d'une éponge imbibée d'eau. Tout le système vasculaire est nécessairement fourni par les artères dorsales du nez. Ces tumeurs offrent donc un mode de structure intime, très-analogue à celui des polypes, mais modifié dans sa forme extérieure par la présence de la peau.

Le 10 juillet, la première escarre étant tombée, on aperçoit à son centre, encore plus distinctement, ce point blanc où s'insérait la tumeur et qui est évidemment le cartilage du nez. La plaie est considérablement rétrécie. Nouvelle cautérisation avec le nitrate d'argent, que je renouvelle le 14.

Le 17. La plaie est réduite à un point, la peau et la fibre musculaire ont regagné le terrain qu'elles avaient perdu, et on n'aperçoit plus la cloison. Cau-

térisation que je renouvelle le 21, par surcroît de précaution. En définitive, cicatrice à peine visible.

Je vois journellement Mme H..., et il ne lui est survenu aucune nouvelle tumeur du même genre (15 juillet 1857).

Au début de ce modeste travail, j'ai fait remonter à Boyer l'idée première de la cautérisation circulaire; mais une personne de la société à laquelle j'ai tout dernièrement enlevé, à l'aide de la cautérisation linéaire, une petite tumeur située sur le coronal, m'a prouvé que ce mode d'application des caustiques avait une origine bien plus ancienne, et que de temps immémorial on l'employait en Chine pour enlever complétement aux hommes les organes de la génération. Voici, en effet, comment s'exprime sur ce sujet lord Macartney (1), qui fut une fois envoyé en ambassade à Pékin par l'Angleterre.

« Pour arriver à un très-grand nombre de fonctions infimes dans le palais impérial, il suffit d'avoir subi la castration. Mais pour garder les femmes de la cour et pour pouvoir même approcher de leurs appartements, il faut être ce que les Turcs appellent, sans aucun égard à la couleur, un *eunuque noir*, c'est-à-dire, un être qui a perdu toutes les marques distinctives de son sexe.

« Les lecteurs seront peut-être surpris quand il apprendront que l'opération qu'on fait pour cela est, quoique très-délicate, exécutée même sur des Chinois adultes, sans compromettre leur vie. Un tel fait est d'autant plus extraordinaire que l'art de la chirurgie est si peu connu en Chine, qu'on n'y fait pas même usage de la saignée, et que l'anatomie y est non-seulement ignorée, mais en horreur...

« Ceux qu'on rend eunuques à la Chine peuvent subir l'opération depuis la première enfance jusqu'à l'âge de quarante ans. On dit que, dans ces occasions, on se sert non du fer, mais de ligatures ointes d'une liqueur caustique. Souvent on voit, peu de jours après l'opération, le malade sortir, comme s'il ne lui était rien arrivé, etc. »

Ai-je besoin de faire observer combien, si des expériences faites par des mains habiles venaient sanctionner l'innocuité et l'efficacité du procédé chinois, il serait, sinon pour la castration, du moins pour l'amputation du pénis, préférable au bistouri dont l'application est si difficile, à cause de la richesse vasculaire de cet organe, et même préférable au cautère actuel proposé et employé dans ces derniers temps par MM. les docteurs Philippeaux et Bonnet, de Lyon.

Docteur A. Legrand.

(1) Voyage dans l'intérieur de la Chine et en Tartarie, fait dans les années 1792, 1793 et 1794, par lord Macartney, traduit de l'anglais par J. Castera. Deuxième édition, in-8°. Paris, an VII de la République, t. IV, p. 3 et 5.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Plaie abdominale donnant issue a une portion de l'épiploon. — Guérison par tamponnement épiploïque. — Lorsque, à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen, l'épiploon vient à faire hernie, si l'on éprouve la moindre difficulté à opérer la réduction, le mieux est de laisser l'épiploon à demeure dans la plaie et d'en abandonner la cicatrisation à la spontanéité de l'organisme. Cette pratique est due surtout à l'enseignement clinique de M. le professeur Jobert de Lamballe. Comme quelques chirurgiens discutent encore l'opportunité de l'expectation dans ces cas, il importe de recueillir les faits nouveaux qui viennent confirmer cette pratique. Un autre intérêt nous porte à placer l'observation suivante sous les yeux de nos lecteurs; en effet, en suivant la marche de la cicatrisation de la hernie épiploïque, ils se rendront compte des phénomènes analogues qui se sont produits dans le cas de guérison de la fistule vésico-vaginale que nous avons inséré à la chirurgie (Voir p. 68).

Hey (Henri), tourneur, âgé de dix-huit ans, entre, le 12 mars dernier, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de clinique de M. le professeur Jobert. Ce jeune homme venait d'être frappé à l'instant d'un coup de couteau dans le ventre; il présentait, sur la limite des régions ombilicale et hypogastrique, une plaie pénétrante de 24 millimètres de longueur, avec issue de l'épiploon. Celui-ci était sorti dans une étendue de 2 centimètres et demi; sa circonférence était d'environ 6 centimètres au niveau des bords de l'incision. Il était gorgé de sang, d'une consistance molle; quoique la circulation fût gênée dans son pédicule, il ne présentait aucun signe d'étranglement. M. Jobert, le lendemain à la visite, tenta de le réduire par une compression méthodique; sa première tentative restant infructueuse, et le malade ne présentant aucun symptôme de trouble général, il abandonna l'épiploon dans la plaie et se borna à le couvrir avec un linge fenêtré, enduit de cérat, sur lequel on appliqua des compresses froides, et le tout fut maintenu à l'aide d'un bandage de corps. Les membres inférieurs furent placés dans la demi-flexion, afin d'éviter tout tiraillement des muscles de l'abdomen. Comme le malade était vigoureux, une saignée du bras fut prescrite ainsi que des boissons laxatives et délayantes, dans le but d'éviter les efforts de la défécation. Pendant les trois premiers jours, on continua l'emploi des compresses froides, puis on leur substitua des gâteaux de charpie. Dès que la suppuration se montra, on imbiba la charpie de

vin aromatique, et le travail inflammatoire se limitant aux parties extérieures, le malade fut alimenté sans inconvénient.

Jusqu'au 23 mars, aucun accident ne s'était déclaré. A cette époque un peu de fièvre se manifesta, mais elle dura seulement deux jours. Le traitement local continua à être le même. Sous l'influence de ce simple pansement au vin aromatique, l'épiploon s'est peu à peu affaissé, de manière à présenter la tête de clou aplati au devant de la plaie de la paroi du ventre. Afin de hâter cette diminution de volume de la tumeur, de temps en temps on pratiquait des cautérisations avec le nitrate d'argent. Le 19 avril, l'épiploon était à peu près de niveau avec les téguments et se continuait avec eux. Il formait cependant au milieu de la cicatrice une très-petite saillie de couleur rosée et peu sensible. Trois jours après, époque à laquelle le malade quittait l'hôpital, on pouvait constater que non-seulement pendant la station debout, mais alors que le malade faisait des efforts, rien ne se présentait dans le trajet de la plaie, qui était occupé par l'épiploon intimement uni avec les tissus de la paroi abdominale. En saisissant avec les doigts les parties voisines, on reconnaissait le tampon cylindrique formé par l'épiploon dans tout le trajet de la plaie. L'état général du blessé, à part le léger mouvement de fièvre que nous avons signalé, s'est maintenu parfaitement bon jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Les avantages de l'abandon de l'épiploon dans la plaie sont doubles. Les pressions exercées sur l'épiploon, pour peu qu'elles durent, produisent l'inflammation de cet organe; réduit en cet état, il peut provoquer à son tour l'inflammation des parties environnantes et amener une péritonite diffuse. Plusieurs faits en font foi. Au point de vue des suites du traitement, le tampon épiploïque, contractant une adhérence intime avec le trajet de la plaie, prévient la formation des hernies consécutives. Ainsi, simplicité du traitement, sûreté quant aux résultats, tels sont les faits saillants de la pratique adoptée par l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anesthésiques (*De l'ivresse comme contre-indication de l'emploi des*). Tous les jours les chirurgiens sont appelés pour des accidents survenus chez des personnes ivres. S'il s'agit d'une fracture des membres abdominaux compliquée de plaie et nécessitant des débridements immédiats, si c'est une luxation pour laquelle on ne saurait agir trop tôt, on se demande si l'on doit employer les anesthésiques. Telle n'est pas l'opinion de M. Néla-

ton, opinion qu'il a développée à l'Académie de médecine, dans la discussion actuellement pendante. M. Nélaton se fonde sur des cas de mort observés dans ces circonstances, et en particulier sur un fait malheureux arrivé à M. Masson, de Mirecourt, qui a perdu, pendant l'amputation de la cuisse, une femme écrasée en état d'ivresse. Mais M. Nélaton a apporté quelque chose de plus, il a fait des expériences sur les animaux, et les expériences lui ont appris que, bien loin de s'exclure, les effets des alcooliques et du chloroforme se surajoutent : chez les animaux ivres, l'anesthésie est arrivée après trois minutes au maximum, trente secondes au minimum, au lieu de neuf minutes qu'il avait fallu chez un autre animal de même espèce, mais non alcoolisé. — Nous ne pouvons que féliciter le savant chirurgien de la Clinique de son importante communication : elle nous paraît de nature à éviter des accidents graves et même mortels ; seulement, ce que nous comprenons moins, c'est que l'idée ait pu venir à quelques chirurgiens de se servir du chloroforme dans l'état d'ivresse. N'est-il pas établi depuis longtemps que les personnes en état d'ivresse supportent presque sans douleur les opérations les plus graves, et ne s'aperçoivent même quelquefois qu'en se réveillant de la mutilation qu'elles ont subie? N'est-il pas démontré que les personnes en état d'ivresse présentent un état de souplesse et de flaccidité générale qui permet les manœuvres les plus diverses, presque sans résistance de leur part? A quoi bon le chloroforme, dans ces circonstances? Le malade ne sentira guère la douleur et ne résistera pas beaucoup plus au chirurgien que s'il était endormi avec le chloroforme. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*)

Corps étrangers *dans les tissus* (*Diagnostic des*), *souvent difficile*. Il semblerait, au premier abord, que le diagnostic des corps étrangers venus du dehors doit toujours être facile ; mais pour peu que l'on parcoure les écrits divers qui traitent de ce sujet, et surtout les recueils de faits, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il est loin d'en être toujours ainsi. Tantôt les malades ne veulent pas révéler la cause, par eux fort bien connue, des accidents qu'ils éprouvent ; d'autres fois (et c'est ce qui arrive, surtout pour les corps étrangers introduits, non dans des cavités, mais au sein même des tissus) ils ignorent eux-mêmes cette cause ou l'ont oubliée, les symptômes dont ils souffrent n'étant venus à se manifester quelquefois que longtemps après l'accident initial, resté lui-même, dans certains cas, complétement inaperçu. Dans ces sortes de cas, il faut à l'homme de l'art une attention et une sagacité extrêmes pour se mettre sur la voie du diagnostic et conséquemment du traitement, qui consiste essentiellement dans l'application du vieil aphorisme : *sublata causa, tollitur effectus*. On trouve dans le compte rendu des travaux de la Société médicale de Libourne quelques faits curieux empruntés à la pratique de M. Marchant ; il ne sera pas sans intérêt de les mettre sous les yeux des praticiens.

Le premier fait est celui d'un homme qui, traité depuis un an pour une sciatique très-intense qui avait résisté à toutes sortes de moyens conseillés par plusieurs médecins, vint consulter M. Marchant. En examinant attentivement le membre, ce médecin découvre, en suivant le trajet de la douleur, une petite tache semblable à un nævus ; il incise, sonde et retire une épine de prunier sauvage. — Dans un deuxième fait, il s'agit d'un autre homme qui, souffrant depuis un mois de très-vives douleurs dans une jambe, sans qu'on sût à quelle cause les rapporter, fait remarquer à M. Marchant un petit point noir qui avait attiré son attention. Une petite incision est faite, et un long poil de brosse est extrait. — Troisième fait : Une jeune fille avait une tumeur inflammatoire à la face dorsale de la main ; cette tumeur ne se terminant ni par résolution, ni par suppuration, le médecin l'incise et reste frappé d'étonnement en y trouvant une aiguille à coudre. La jeune malade se souvient alors qu'un jour, en jetant les bras au cou de sa mère, elle avait ressenti à la paume de la main une vive douleur, mais que, n'ayant pas vu couler de sang, elle n'y avait pas pris garde davantage ; elle était restée ensuite plusieurs mois sans éprouver aucune souffrance. — Enfin, dans un quatrième fait, c'est un jeune homme de quinze ans, scrofuleux, qui vient consulter M. Marchant pour une maladie grave du pied, considérée jusque-là comme une carie du tarse, et contre laquelle il semble qu'il n'y ait plus aucun autre moyen à invoquer que l'*ultima ratio*, c'est-à-dire l'amputation. En sondant des plaies fistuleuses situées à la face plantaire, le chirurgien sent des corps durs qu'il

croit être des fragments d'os nécrosés; il cherche à les extraire à l'aide d'une pince, et il retire successivement trois morceaux de silex du volume d'une pièce de cinquante centimes. Ce jeune homme, quinze mois auparavant, s'était donné une entorse en courant pieds nus dans un champ; sans doute les corps étrangers s'étaient introduits à la même époque. Dans tous ces cas, le rétablissement a été très-rapide.

Ces faits nous remettent en mémoire un exemple semblable dont nous avons été témoin, il y a deux ans, à la consultation de M. Lenoir. Une femme vint le consulter pour une douleur vive dans l'avant bras, qui existait depuis deux ou trois mois, et contre laquelle on avait épuisé inutilement tous les anodins possibles. En examinant, en palpant le membre, le chirurgien de l'hôpital Necker crut sentir en un point, dans la région voisine du poignet, quelque chose de résistant, comme une pointe d'épingle ou d'aiguille. Ayant obtenu, quoique avec peine, de faire une incision légère en cet endroit, il retira une aiguille de grosseur moyenne. La malade ne put parvenir à se rendre compte comment ni à quelle époque cette aiguille avait pu s'introduire dans son bras.

(*Union médicale de la Gironde.*)

Paralysie *du nerf facial produite dans un cas de lésion de l'oreille moyenne.* Suivant M. le docteur Deleau, la paralysie essentielle du nerf facial serait très-rare, et le plus souvent la cause prochaine de cette maladie résiderait dans l'étranglement du tronc du nerf, dans son passage dans l'aqueduc de Fallope. L'auteur en trouve la preuve dans la fréquence de l'hyperconsie, symptôme qui appartient à l'otite interne; de là l'indication pour lui de traiter activement cette otite. A l'observation qu'il a publiée, il y a plus de vingt ans, à l'appui de cette étiologie de la paralysie faciale, M. Deleau ajoute le fait suivant:

« Depuis plusieurs années, une demoiselle âgée de seize ans était atteinte d'une suppuration de l'oreille droite. Sa mère présentait la même infirmité, mais à un degré bien moins intense. Chez la jeune fille, le conduit auditif était rempli de bourgeons charnus qui saignaient facilement. Au moindre refroidissement, des douleurs vives se déclaraient vers la tempe, dans l'œil droit, et il survenait des spasmes dans les muscles de la joue. On me rapporta qu'à une certaine époque, après une soirée passée au bal, la paralysie du nerf facial se joignit à ces douleurs. L'ouïe était fort affaiblie. — Avant d'opérer le polype, ou plutôt les bourgeons charnus, je voulus m'assurer si la membrane tympanique était perforée Le cathétérisme et une injection d'air ne me laissèrent aucun doute sur la réalité de cette lésion.

« Un jour, chez cette jeune demoiselle, le conduit auditif étant parfaitement dégagé de tout corps étranger, la caisse du tambour étant aussi débarrassée des mucosités qu'elle contenait par des injections d'air pratiquées de dedans en dehors, je vis très-distinctement, à l'aide d'un bon spéculum et d'une vive lumière, la corde du tympan: elle était rouge et tuméfiée. L'idée me vint à à l'instant de la toucher avec une solution de nitrate d'argent. La douleur fut vive. Le lendemain la joue était paralysée. Les ventouses rétablirent les mouvements des muscles. Quinze jours plus tard, la même expérience fut répétée; les résultats furent les mêmes, c'est-à-dire qu'il y eut encore douleurs et paralysie.

« Avant d'avoir fait ces expériences, j'avais cru que la paralysie du tronc du nerf de la septième paire était le résultat de la compression générale exercée dans toute la caisse du tambour, soit par des corps étrangers venus du dehors ou formés dans cette cavité, soit par l'accumulation de mucosités ou de pus sous lésion de la grande membrane du tympan. Cette idée de compression générale dans toute la caisse du tambour était loin de me satisfaire; je me faisais cette objection: le tronc du nerf facial est cuirassé dans son canal osseux; un caillou, un pois logé dans la caisse ne peuvent l'atteindre. Il est encore bien moins accessible à des liquides plus ou moins épais accumulés dans cette boîte, si résistante vers la paroi qui répond à l'aqueduc de Fallope. La compression de la corde du tympan, du plexus tympanique et des ramifications du nerf de Wrisbery n'explique en aucune manière la paralysie du tronc de la septième paire de nerfs. Mon expérience sur la corde du tympan, faite dans un état complet de vacuité de la caisse, est venue enfin détruire mon incertitude; elle m'a prouvé que cette corde nerveuse, chargée de transmettre le mouvement, est douée d'une vive sensibilité à l'état morbide; et c'est cette sensibilité qui se propage dans l'aqueduc de Fallope, où elle est la condi-

tion d'une inflammation, qui est la cause directe de la compression du nerf facial. — Cet étranglement et ses effets sont si certains, que des saignées locales, pratiquées sur-le-champ, ont guéri immédiatement, trois fois de suite, la paralysie éprouvée de la jeune personne dont j'ai parlé.

« M. Larrey a guéri également une hémiplégie faciale par l'application des ventouses. Le nommé Thévenin, qui est le sujet de l'observation de cet honorable chirurgien, n'accuse aucune douleur d'oreille; il a la joue paralysée. On lui avait enlevé depuis peu deux dents cariées... Le 25 avril 1850, jour de son entrée à l'hôpital, on remarque que la région parotidienne du côté de la paralysie est sensible et tuméfiée. (Traitement : saignée de 400 grammes ; ventouses scarifiées ; vésicatoires et moxas à la nuque ; sangsues derrière les oreilles; vésicatoire à la région temporale; fumigations émollientes dans la bouche; embrocations huileuses.)

« Voilà, il faut en convenir, une otite interne attaquée avec vigueur. Les déplétions sanguines et les dérivatifs sont ou ne peut pas plus actifs; aussi leur efficacité ne se fait pas attendre. La guérison de l'otite interne, et par conséquent de la paralysie, fut complète; il n'y eut pas de rechute. »

M. Deleau termine sa note en rappelant le fait du professeur Roux, chez lequel la surdité avait succédé à une paralysie faciale. C'est avec raison que l'auteur appelle l'attention des praticiens sur l'état des conduits osseux donnant passage aux nerfs sensitifs et moteurs, car un certain nombre de paralysies n'ont d'autre cause que l'étranglement opéré dans ces canaux par l inflammation et par l'épaississement des tissus. (*Comptes rendus de l'Académie*, juillet.)

Phlébite *traitée par l'usage interne du fer.* L'administration interne du fer (teinture de perchlorure de fer) dans l érésipèle, préconisée en premier lieu par Hamilton Bell, a conduit le docteur Balfour, d'après des idées théoriques sur son mode d'action, à étendre ce traitement à des cas de phlébite, puerpérale, ou autres. Il en a obtenu les plus heureux effets. Un homme, dont la veine saphène interne roulait sous le doigt comme une corde et était entourée d une vive rougeur, vit tous les symptômes aigus se dissiper en peu de jours et eut bien de la peine à se soumettre au repos nécessaire à sa guérison. Quelques années auparavant, il avait eu une atteinte analogue, contre laquelle on avait employé les sangsues, les vésicatoires et d'autres moyens; mais le résultat avait été beaucoup moins prompt.

Lorsque la phlébite prend naissance, comme c'est souvent le cas, dans un noyau de veines variqueuses, le docteur Balfour, comme l'a conseillé M Velpeau, hâte la guérison par des fumentations de sulfate de fer. Dans un ou deux cas de phlébite après l'accouchement, les symptômes aigus cédèrent rapidement à l'administration du fer. Ces cas, néanmoins, ressemblaient plus à la phlébite ordinaire qu'à une phlegmasie blanche, et le docteur Balfour croit que la coexistence d'un état puerpéral n'était qu'une coïncidence. (*Edinb. medic. Journ.*, février.)

Polype muqueux *de l'utérus* (*Bons effets de la belladone pour provoquer l'expulsion d'un*). La belladone a été employée depuis longues années déjà comme moyen de faciliter l'expulsion du fœtus, en diminuant la sensibilité de l'organe utérin et en combattant le spasme dont le col peut être le siége. Voici un fait qui semble prouver que la belladone pourrait trouver aussi une application utile dans le cas de polype utérin, lorsque les polypes ont peine à franchir l'orifice.

Une dame de quarante ans, n'ayant jamais eu d'enfants, avait depuis deux ans des règles fort douloureuses, revenant à intervalles irréguliers et constituant chaque fois de véritables hémorrhagies, qui avaient considérablement altéré sa constitution. Lorsque M. le docteur Bezenecet fut appelé auprès d'elle, l'anémie était des plus prononcées, à la suite d'une forte perte, et la malade se croyait vouée à une mort certaine. Le toucher vaginal montre le col de la matrice mou, le museau de tanche entr'ouvert et permettant l'introduction du doigt jusque dans la cavité utérine, dans laquelle l'auteur constate la présence d'un polype muqueux, dont il lui fut impossible d'atteindre le pédicule et qui lui parut assez volumineux. En pressant fortement sur l'épigastre, on sentait distinctement un corps arrondi, gros comme une petite pomme, qui n'était autre que la matrice, dont le volume apparent avait plus que doublé.

M. Bezenecet se proposa de délivrer cette femme de son polype; et, pour y parvenir plus aisément, il

agrandit l'orifice naturel de l'utérus en faisant dans le col de cet organe, au moyen d'un bistouri boutonné, une incision latérale de 4 à 5 lignes; puis, et dans le but de produire une contraction du fond de la matrice et de rendre le pédicule du polype plus accessible aux instruments, il administra à la malade quelques doses de seigle ergoté. Mais l'influence de l'ergot fut plutôt fâcheuse qu'utile, et, dès le lendemain, l'occlusion du museau de tanche était à peu près complète. Ce fut alors qu'il eut l'idée de prescrire en injections une infusion d'herbe de belladone, tandis qu'il continuait à faire prendre à la malade trois grains de seigle ergoté, d'heure en heure. Dès le soir même, le col était largement ouvert, tandis que la contraction du corps de l'organe continuait et s'accompagnait de douleurs qui s'exacerbaient de temps à autre, et dont le bas-ventre et les aines étaient le siége. Ces douleurs amenèrent dans la nuit l'expulsion du polype, qui avait la grosseur d'une forte noix et qui était un polype muqueux pédiculé, passablement vasculaire. La malade avait pris en trente-six heures environ un gros de seigle ergoté, et l'on avait injecté eu quatre ou cinq fois, dans le vagin, un demi-pot d'infusion préparée avec 4 grammes d'herbe de belladone Il y eut pendant quelques jours un léger écoulement séro purulent, qui disparut de lui même A partir de cette époque, la menstruation est devenue régulière, et, depuis trois ans, la guérison ne s'est pas démentie.

M. le docteur Bezeneenet dit avoir reçu communication d'un fait analogue de M. le docteur Beck, de Saint-Maurice (Valais). Il s'agissait d'un polype fibreux qui ne put pas se détacher de lui-même, mais qui, après l'administration de l'ergotine et l'injection d'une forte infusion de belladone, descendit jusque dans le vagin, où le médecin le suivit facilement, le tordit et l'enleva (*L'Echo médical*, juin.)

Rhumatisme (*Traitement du*) *par l'acétate de potasse*. Le traitement alcalin du rhumatisme articulaire aigu obtient décidément peu de crédit en France, malgré les résultats de M. Gendrin et de M. Martin Solon au moyen du nitrate de potasse à haute dose, malgré tes faits publiés par M. Socquet, de Lyon, en faveur du chlorate de la même base. Il ne paraît pas en être de même en Angleterre. Déjà nous avons eu occasion de faire connaître l'emploi de l'acétate de potasse dans cette maladie par M. Golding Bird, celui du bicarbonate par M. Garrod. Il y a quelques mois, le journal *The Lancet* publiait encore plusieurs faits empruntés au service de M. O'Connor et témoignant de l'efficacité de ce dernier sel (numéro du 1er novembre 1856). Depuis, d'autres publications, émanées des docteurs Humphry Sandwith et John R. Nicholson, sont venues préconiser de nouveau l'acétate de potasse.

D'après le premier de ces deux auteurs, médecin de l'infirmerie générale de Hull, l'acétate de potasse l'emporterait sur tout autre médicament dans le traitement de la fièvre rhumatismale, et sa supériorité devrait être attribuée à la rapidité de son action fébrifuge, due probablement à son pouvoir d'éliminer du sang le poison spécifique, cause du mouvement fébrile. Quoi qu'il en soit de cette explication, le docteur Humphry Sandwith a traité récemment dix cas de fièvre rhumatismale par l'acétate de potasse, à la dose de un drachme à un drachme et demi (4 à 6 grammes environ) à prendre dans la journée dans une demi-pinte de limonade, après avoir commencé par l'administration d'un purgatif (calomel). Au moyen de cette médication, la sécrétion rénale est augmentée, la fièvre abattue et les douleurs soulagées. Dans un ou deux cas seulement, il a été nécessaire d'appliquer des sangsues sur les jointures enflammées. Voici les résultats de ce traitement : de ces dix cas, trois ont été guéris en sept jours, un en dix, un en treize, un en quatorze, un en quinze, deux en dix sept et un en vingt jours; et, dans aucun cas, il n'y a eu complication d'endocardite. Dans d'autres cas où cette complication existait, le même traitement a été employé concurremment avec le calomel, administré de manière à affecter la muqueuse buccale, des sangsues et des vésicatoires sur la région précordiale, et la guérison a été obtenue. Dans deux autres faits, le rhumatisme généralisé, après avoir cédé à l'acétate de potasse, se localisa et passa à l'état chronique. Dans le rhumatisme chronique, le même traitement a donné plusieurs fois des avantages marqués. Le docteur Nicholson a eu recours au même médicament dans le rhumatisme articulaire aigu, et il s'en loue également beaucoup. La durée du traitement a été, dans les cas qu'il a observés, de dix à vingt-huit jours, ce qui

donne une moyenne de quatorze jours. Il insiste sur la nécessité d'administrer un purgatif au début (une pilule de calomel et rhubarbe, suivie de la médecine noire, *black draught*), moyen auquel il attribue l'avantage de faciliter l'action diurétique et une douce diaphérèse. Il prescrit l'acétate de potasse à la dose de 10 à 15 grains dans une potion contenant du bicarbonate de potasse et du sirop d'orange, à prendre avec du suc de limon au moment de l'effervescence, ce qui constitue une forme plus agréable pour les malades.

Nous ne saurions voir dans ces résultats rien de bien concluant en faveur de l'acétate de potasse dans le traitement du rhumatisme, rien surtout qui puisse faire préférer ce médicament soit aux autres du même ordre, soit à ceux que nous employons en France, la vératrine et le sulfate de quinine. La thérapeutique du rhumatisme par ces derniers agents, pour ne pas parler des émissions sanguines, donne tous les jours des résultats au moins aussi avantageux. Ajoutons, en terminant, que, pour faire apprécier d'une manière exacte la valeur d'une méthode ou d'un médicament dans le traitement d'une maladie, il faut, soit en donnant les faits détaillés, soit en faisant connaître leurs diverses circonstances de durée antérieure, d'intensité, etc., mettre les lecteurs à même de se rendre compte des conditions de chaque cas en particulier. Les statistiques laissent trop dans l'ombre toutes ces choses. En pratique, on ne traite pas des moyennes, on traite des individus malades. (*British med. Journal*, février 1857.)

Teigne faveuse; *son traitement par l'emploi de l'huile de naphte.* Aux divers moyens signalés, en ces dernières années, comme à la fois plus rapides et plus certains que ceux dont on fait usage dans la pratique courante, M. le docteur Chapelle vient ajouter l'huile de naphte. Suivant ce médecin, cette huile constituerait un agent abortif des plus efficaces. Voici comment il procède; nous laissons parler notre confrère :

« D'abord je fais couper ras tous les cheveux qui avoisinent la zone morbide, et appliquer ensuite à leur surface des cataplasmes de farine de graine de lin pour faire tomber les croûtes faveuses. Une fois la peau débarrassée de ces productions croûteuses, je fais enduire la surface dénudée d'une légère couche d'huile de naphte que recouvre ensuite une compresse de flanelle. Un serre-tête en taffetas gommé, destiné à envelopper toute la surface du cuir chevelu, complète le pansement.

« Deux fois par jour, le matin et le soir, je prescris l'application de l'huile de naphte. A chaque pansement, il importe de nettoyer la surface malade avec de l'eau de savon, afin de mieux enduire la peau de la substance huileuse. Mais le point important de l'opération est celui-ci : il faut examiner chaque fois et avec le plus grand soin la surface du cuir chevelu pour voir si cette partie de la peau ne porte pas quelques petites pustules faveuses, dont la disparition est toujours indispensable à la curation de la maladie. Si l'œil découvre quelques-uns de ces points blancs, il faut alors non pas enlever la pustule comme par la méthode épilatoire, mais seulement la perforer avec la pointe d'une épingle ordinaire, et enlever ensuite la matière puriforme qu'elle contient. Cela fait, on étend sur la peau une couche nouvelle d'huile de naphte De la sorte, on arrive à éteindre promptement la poussée pustuleuse à mesure qu'elle se produit. L'évolution des pustules faveuses est, comme je l'ai bien constaté, successive au lieu d'être simultanée. Aussi importe-t-il de maintenir les cheveux coupés ras autour de la partie malade, afin de mieux observer le développement des pustules et de les détruire à leur origine.

« L'huile de naphte exerce ici une action abortive spécifique. Elle limite en effet au point affecté sa puissance modificative, sans exercer au delà une influence destructive, comme le produisent les substances corrosives. Aussitôt qu'on a fait cesser, par l'application directe de cette huile, la poussée pustuleuse, les cheveux reprennent leur développement normal. Cette peau, qui auparavant ne présentait qu'une croûte épaisse à odeur fétide, à aspect sale, se recouvre rapidement de cheveux aussi épais, aussi consistants qu'avant l'apparition de la maladie.

« Il est plusieurs personnes dont le cuir chevelu est profondément altéré, ou dont la sensibilité particulière est très-développée, qui ne peuvent supporter sans de grandes souffrances le contact de l'huile de naphte pure. Dans ce cas, pour mitiger l'action trop vive de cette substance, je fais mêler à l'huile de naphte une huile dont l'ac-

tion se rapproche de la précédente, mais dont l'effet irritant est moins prononcé. L'huile de cade est celle qui m'a paru devoir être préférée. Je prescris le mélange de ces deux huiles dans une proportion indiquée par la sensibilité du malade. » (*Comptes rendus de l'Académie*, juillet.)

Ulcère *chronique de l'estomac* (*Effets remarquables du nitrate d'argent administré à l'intérieur dans un cas d'*). Nous avons fait connaître, il y a quelque temps, les bons effets obtenus par M. Schutzenberger du nitrate d'argent à l'intérieur, dans certaines formes de maladie de l'estomac qui semblaient se rattacher à cette affection, si bien décrite par M. Cruveilhier, sous le nom d'ulcère chronique de l'estomac. Le fait suivant, communiqué à la Société des hôpitaux, par notre collaborateur M. Gros, est peut-être un cas du même genre; mais quel que soit au fond sa nature, il n'en reste pas moins un exemple très-favorable de l'emploi du nitrate d'argent à l'intérieur dans certaines maladies de l'estomac.

Une femme de quarante ans, nerveuse et impressionnable, sans maladie de nerfs proprement dite, avait eu une pneumonie en 1848, et en janvier 1855 une entérite aiguë tenace, qui passa à l'état chronique et amena un amaigrissement et une faiblesse extrêmes. Le rétablissement fut très-difficile, et ce ne fut qu'en automne, après un séjour de plusieurs semaines dans un climat moins rigoureux, que cette dame put reprendre ses occupations habituelles. Elle conservait cependant une maigreur très-grande, malgré un appétit vorace et une nourriture abondante et nutritive; double exophthalmie, avec œdème des paupières; excitabilité nerveuse et impressionnabilité morale excessives, pouls très-fréquent, palpitations à la moindre émotion ou fatigue, souffle borné au deuxième temps du cœur Le 8 février, quelques symptômes d'embarras gastrique avec fièvre, qui nécessitent l'emploi d'un purgatif; mais il s'établit une diarrhée peu intense, qui s'accompagne de coliques assez vives. En même temps les symptômes cardiaques se réveillèrent, les battements du cœur devinrent tumultueux, le souffle augmenta, les palpitations étaient continuelles et très-pénibles. Malgré un traitement approprié, de nouveaux symptômes ne tardèrent pas à se produire : le 24 février, une heure après l'ingestion d'un potage, survint un premier vomissement muqueux et bilieux avec quelques grumeaux noirs semblables à du marc de café, s'accompagnant d'efforts excessifs, qui durèrent plus d'une heure et laissèrent après eux une prostration très-grande. A partir de ce moment, les vomissements persistèrent sans interruption pendant quinze jours, se renouvelant quatre, cinq ou six fois par jour, presque toujours une heure ou deux après les repas. Chaque vomissement, s'accompagnait d'efforts violents, de spasmes très-intenses, de contractions très-douloureuses, amenait l'expulsion de quelques mucosités, de bile et de grumeaux noirs. Dans l'intervalle des accès de vomissement, l'épigastre n'était nullement douloureux à la pression. L'ingestion des aliments, des liquides surtout, s'accompagnait d'un bruit de glouglou, d'un gargouillement qui durait plusieurs minutes Il siégeait manifestement à la région du pylore et provoquait une anxiété précordiale très-pénible; puis survenaient des coliques sourdes et, au bout de peu de temps, une ou deux heures au plus, la malade avait une ou plusieurs selles molles mais non lienteriques. Pendant ces quinze jours se développèrent d'autres symptômes, tels que l'insomnie, des battements artériels dans la tête et le cou, une saillie de la glande thyroïde, une sensation de serrement à la gorge, de l'irritation au pharynx et aux fosses nasales, enfin, de la céphalalgie frontale.

Ces vomissements furent arrêtés momentanément par l'administration de la pepsine, trois fois par jour, à la dose de 50 centigrammes, immédiatement avant de manger. Mais, après dix jours, les vomissements reparurent peu abondants, exclusivement composés de mucus et de bile, avec de rares grumeaux noirs. Les efforts de vomissement étaient effrayants et jetaient pour plusieurs heures la malade dans un état d'affaissement, de prostration complète Cette rechute fut inutilement combattue par les moyens les plus rationnels : tout fut inutile. L'état général s'aggravait considérablement, l'émaciation et la faiblesse avaient atteint les dernières limites du possible, un ictère intense était survenu, l'irritation de l'arrière-gorge et des fosses nasales s'étendait aux conjonctives, qui étaient rouges et injectées; enfin, l'estomac ne supportait plus ni aliments, ni médicaments : tout était rejeté aussitôt qu'ingéré.

Le 1er avril, M. Gros prescrivit des pilules de 1 centigramme de nitrate d'argent, trois par jour. La malade rejette les deux premières, mais conserve la troisième. Dans la nuit, la malade prit du bouillon froid par cuillerées; vomissements plus rares. Le 2, les trois pilules furent tolérées; il n'y eut plus que deux vomissements muqueux, les aliments composés de bouillon et de petits morceaux de viande peu cuite furent conservés. Le 3, les pilules passèrent bien; pas de vomissements. Le 4 et le 5, deux pilules seulement, plus de vomissements; mais digestion pénible, avec pesanteur à l'épigastre après les repas. On reprend la pepsine acidifiée à 50 centigr.; à partir de ce moment, la maladie marche rapidement vers la guérison. Le 7, on cesse le nitrate d'argent, tout en continuant la pepsine. Le 16, la malade peut quitter son lit, et aujourd'hui elle est plus forte qu'elle ne l'a été depuis deux ans. (*Union méd.*, juillet.)

Vésicatoires *sur le col de l'utérus dans le traitement des affections de cet organe.* Nos lecteurs n'ont pas oublié probablement le mémoire que notre collaborateur, M. Aran, a inséré dans ce journal sur l'emploi des vésicatoires sur le col dans plusieurs affections utérines. Nous trouvons dans un journal irlandais le récit de tentatives analogues et couronnées d'un plein succès, comme l'avaient été celles de M. Aran; seulement M. Robert Johns a modifié le mode d'application de ces vésicatoires. Après avoir essayé, sans plus de succès que notre collaborateur, le collodion cantharidal, il se sert maintenant d'une solution concentrée de cantharides dans l'éther sulfurique, mélangée à une solution ordinaire de gutta-percha dans le chloroforme, dans la proportion de deux parties de la première solution pour une de la seconde, et étend rapidement une couche de ce mélange sur la surface du col avec un pinceau de blaireau, en y revenant deux ou trois fois, suivant l'effet produit, autrement dit, suivant l'aspect de la partie ou les sensations de la malade. Cette application, dit-il, est accompagnée d'une sensation de picotements, d'élancements, jointe à un sentiment de chaleur qui va quelquefois jusqu'à la brûlure, mais qui disparaît presque immédiatement; quelques malades disent avoir un goût douceâtre et piquant dans la bouche, d'autres exhalent de l'éther avec l'air expiré. Très-souvent, presque toujours, de petites vésicules se montrent rapidement, et un écoulement aqueux commence après une demi-heure, quelquefois même avant que le spéculum soit retiré. Cet écoulement, qui rappelle beaucoup celui des vésicatoires ordinaires, tache le linge comme lui, dure communément pendant trois jours, époque à laquelle lui succède un écoulement purulent, mais sans douleur. A cette époque l'épithélium est épaissi et soulevé, et s'en va en morceaux, comme le papier mâché; mais avant ce moment on peut toujours saisir la vésication. Jamais l'auteur n'a observé d'accident du côté de la vessie; dans deux cas il est même parvenu à guérir ainsi une irritation vésicale. Tantôt il est revenu plusieurs fois à ces applications, tous les six jours environ; tantôt il a entretenu le vésicatoire pendant deux jours, à l'aide de nouvelles applications d'une solution de gutta-percha cantharidée, mais plus faible que celle dont il s'est servi pour établir les vésicatoires.

Nos lecteurs se rappellent que M. Aran avait recommandé l'emploi de ces vésicatoires dans le traitement des affections utérines, soit comme moyen de calmer la douleur, soit dans le but de faciliter la résolution d'engorgements utérins ou d'indurations des parties voisines, par l'action simple de ces vésicatoires, ou en ajoutant à cette médication l'emploi continu des applications de teinture d'iode sur les surfaces dénudées. M. le docteur Robert Johns, qui ne paraît pas cependant avoir répété les expérimentations de M. Aran, est d'avis que, 1° l'application des vésicatoires sur le col doit être limitée aux petites affections idiopathiques de l'utérus et des ovaires; 2° que l'on peut faire disparaître ainsi les douleurs symptomatiques et sympathiques des maladies utérines et ovariques, lorsque ces affections sont guéries; 3° que les ulcérations du col de l'utérus se cicatrisent quelquefois rapidement, sous l'influence de ce traitement (M. Aran avait signalé ce fait); 4° que les phénomènes qui accompagnent et suivent la vésication du col utérin sont semblables à ceux qui se produisent sur d'autres parties du corps; 5° que c'est une opération complétement sans danger et qui n'entraîne aucun symptôme fâcheux sur le rectum, l'utérus et les autres organes voisins (propositions déjà établies par M. Aran); 6° que l'irritation de la vessie n'est pas nécessairement un obstacle à l'emploi de

ce moyen, puisque ce symptôme est quelquefois enlevé par la vésication; 7° que le gonflement du col ou du corps de l'utérus, résultant de son engorgement ou de son hypertrophie, ne disparaît pas par les vésicatoires seuls, mais que ce moyen agit avec succès dans quelques cas en venant en aide à d'autres traitements. L'avenir dira si les vésicatoires ne méritent aucune confiance sous ce point de vue; mais ce que nous croyons pouvoir établir, après avoir lu attentivement les faits de M. Robert Johns, c'est qu'il n'en est aucun qui puisse lui fournir la conclusion à laquelle il est arrivé en dernier lieu. (*Dublin Journal of med.*, mai.)

Vessie (*Spasme du col de la*). *Bons effets des frictions térébenthinées.* Un journal anglais donne la formule suivante pour le traitement du spasme du col de la vessie, cause si fréquente de rétention d'urine chez les vieillards qui n'obéissent pas au besoin d'uriner.

Pr. Huile de térébenthine...... 30 gr.
Jaune d'œuf frais......... 60 gr.

Triturez dans un mortier de verre jusqu'à parfait mélange; puis versez peu à peu, en triturant toujours,

Eau de menthe poivrée.... 60 gr.

pour faire des frictions sur le ventre, principalement sur les régions inguinales. Ordinairement le spasme le plus violent cède, et, peu de temps après les frictions, les urines reprennent leur cours; mais s'il devient nécessaire de sonder, ce qui est assez rare, l'introduction de la sonde dans la vessie est des plus faciles. Ce réservoir étant vidé, le cathétérisme par suite devient inutile, si l'on continue seulement deux jours l'usage de ce médicament. On peut, si l'on veut, seconder l'effet de ce liniment par des bains de siége d'eau nitrée (90 grammes par bain), des demi-lavements et des boissons nitrées. (*The Lancet.*)

VARIÉTÉS.

L'inauguration de la statue de Bichat a eu lieu le 16 juillet dans la cour de la Faculté de médecine, où s'élève aujourd'hui la statue du célèbre physiologiste, entre les deux colonnes du milieu du péristyle. M le ministre de l'instruction publique n'avait voulu laisser à personne le soin de présider cette cérémonie et de payer un pieux tribut à la mémoire d'une des plus grandes et des plus pures gloires de la France. Nous reproduisons plus loin le discours dans lequel M. le ministre a rappelé dans un beau et noble langage cette puissance de travail que Bichat possédait à un si haut degré et qu'il a su faire tourner à sa gloire et à l'avantage des générations futures. M. le ministre en a pris texte pour recommander à son jeune auditoire le travail, sans lequel il n'y aura jamais ni génie ni grands hommes. M. Amédée Latour, dans le discours dont nous ne pouvons reproduire qu'une partie, a été très-heureux et très-bien inspiré dans le retour qu'il a fait vers le passé et dans la manière dont il a présenté les souffrances et les douleurs malheureusement trop vraies du corps médical. Nous savons que M. le ministre a été vivement impressionné et que dans une courte entrevue qui a eu lieu, à l'issue de l'inauguration, entre Son Excellence et les membres de la Commission du monument, en présence d'un grand nombre de professeurs et de notabilités médicales, M. le ministre a promis de s'occuper du corps médical et des questions les plus importantes de l'enseignement, telles, par exemple, que la nécessité de revenir aux études littéraires. Nous faisons des vœux pour que M. le ministre ait une longue carrière et puisse mener à fin les projets utiles qu'il paraît avoir en vue de réaliser.

M. le professeur Serres, en sa qualité de président du Congrès médical; M. le professeur Dubois et M. Bouillaud, au nom de la Faculté; M. Larrey, au nom de la Société médicale d'émulation, ont prononcé des discours que le défaut d'espace nous empêche de reproduire. M. Larrey surtout a été très-applaudi, lorsqu'il a fait appel aux derniers représentants de l'époque de Bichat, à MM. Bretonneau, Duméril, etc.

Allocution de M. le Ministre de l'instruction publique.

Messieurs,

Le Congrès médical avait obéi à une bonne et haute pensée en décernant l'hommage d'une statue à la mémoire de Bichat. Il l'a poursuivie et réalisée avec cette constance qui caractérise les résolutions honorables et qui ne se laisse distraire ni par le temps ni par les événements. Tel est le privilége de la science glorifiant ceux qui l'ont cultivée, suivant partout l'intelligence et le travail, et

n'oubliant jamais leurs œuvres et leur nom. Aussi, messieurs, je tiens en grand honneur le droit de présider cette solennité qui rassemble autour de la statue de Bichat toutes les célébrités de l'art médical, toutes les notabilités de la science et des lettres, — et je suis heureux d'exprimer ainsi l'adhésion empressée du gouvernement de l'Empereur à un acte généreux et national

Toutefois, Messieurs, ne craignez pas que j'abuse du droit que je viens d'estimer si haut. Je comprends qu'il ne m'appartient pas de faire l'éloge de notre illustre médecin français, et que je dois laisser cette pieuse tâche à ceux de ses confrères qui l'ont tant étudié et tant admiré pour devenir eux-mêmes les princes de la science et la gloire du pays. Seulement, je ne saurais fuir les impressions qui seront celles de toute cette assemblée, et vous me permettrez de les manifester comme elles viennent à mon cœur et à ma raison.

Bichat, si largement doué qu'il fût des plus vastes facultés, a dû ses succès à l'étude la plus opiniâtre, à une foi profonde dans la puissance du travail et à l'alliance des recherches positives de l'observation avec tout ce qui développe l'esprit et le goût. Il me semble qu'en inaugurant la statue de ce physiologiste éminent, de ce hardi et intelligent anatomiste qui, dans sa part si courte de la vie, a pourtant fondé tant de découvertes et de progrès, — il me semble, dis je, que nous adressons un appel aux espérances et aux efforts de tous ceux qui se destinent à la carrière difficile, mais si utile et si honorée, de l'art de guérir. — Qu'ils méditent ces grands exemples du passé!

A ceux qui se lasseraient des rudes épreuves du labeur et qui, s'arrêtant en chemin, douteraient du succès couronnant toujours le dévouement studieux;

A ceux qui croient que la science médicale est tout entière dans le réalisme des observations matérielles, et qu'elle peut se passer, pour être large et féconde, du secours des études générales et littéraires;

A ceux enfin qui manqueraient de confiance dans les résultats sociaux de la profession la plus belle parmi les plus enviées, il semble encore que nous pouvons répondre : « Lisez les œuvres de Bichat et regardez sa statue! Il est mort « à l'âge où d'autres commencent à peine à vivre, et pourtant avec le courage, « le travail, l'amour ardent de la science et le goût pur des belles-lettres, il « s'est fait immortel, et déjà la postérité vient à lui et salue ses images. »

Oui, Messieurs, c'est là un magnifique exemple une puissante révélation pour tous les jeunes hommes qui se pressent à vos savantes leçons et se préparent à l'avenir. C'est ainsi que les morts glorieux enseignent et encouragent les vivants!

Je m'arrête, Messieurs, car je viens de dire la grande et consolante pensée qui surgit pour tous de cette solennité. Je laisse maintenant au savoir, à la renommée, le soin de vous raconter la vie et les travaux de l'homme dont la renommée et le savoir sont pour la France un noble et impérissable héritage.

Extrait du rapport fait au nom de la Commission permanente du Congrès médical de 1845, *par M. Amédée Latour, secrétaire général.*

M. A. Latour, après avoir rappelé l'origine et les actes du Congrès médical, s'exprime en ces termes :

Le Congrès médical terminait sa session lorsque dans son sein se fit entendre une voix émue : c'était celle de l'un de nos plus honorables confrères, M le docteur Blatin, qui vint apprendre au corps médical affligé que les restes mortels de l'illustre Bichat, déposés dans un coin presque ignoré de l'ancien cimetière Sainte-Catherine, indiqués seulement par une petite pierre placée par une main pieuse; que ces restes mortels étaient exposés à une perte irréparable par l'expropriation prochaine de ce cimetière Il n'y eut qu'un sentiment dans cette grande assemblée; un de ses plus éminents orateurs s'en rendit l organe inspiré; sur le rapport éloquent de M. le professeur Malgaigne, le Congrès vota d'enthousiasme l'exhumation des restes de Bichat, et leur translation au cimetière de l Est, où le Conseil municipal de Paris leur accorda généreusement un terrain à perpétuité...

Le Congrès médical voulut faire plus encore : Il voulut que Bichat, qui avait déjà reçu les honneurs de la statuaire à Bourg, près de sa ville natale, reçût de semblables honneurs à Paris, sa ville d'adoption, à Paris, où il composa et publia ses immortels travaux, à Paris, théâtre de sa gloire, à Paris, où il mourut si jeune, où ses restes reposent et où un monument éclatant et durable devait le venger de l'humilité de sa tombe cinquante ans ignorée.....

Après mille embarras dont je dois vous épargner le récit et qui tous ont été indépendants de la bonne volonté de la Commission, le dernier vœu du Congrès médical a pu être accompli, la statue de Bichat est érigée dans cette enceinte.

Je devrais peut-être m'arrêter ici, Messieurs. Mais dans cette circonstance solennelle, devant cette brillante assemblée, alors que le Congrès médical vient d'accomplir son pieux et dernier vœu, sera-t-il défendu à celui qui eut le bonheur de provoquer, il y a douze ans, la grande manifestation de la famille médicale, d'exprimer le respectueux regret que l'acte que nous accomplissons aujourd'hui, que ce vœu ultime du corps médical, soit aussi le premier et le seul dont le Congrès ait eu le bonheur de voir la réalisation? Devant le magistrat illustre qui préside aujourd'hui aux destinées de l'instruction publique, ne puis-je pas rappeler que l'un de ses prédécesseurs, illustre aussi, comme lui esprit généreux et magnanime, comme lui ardent à donner satisfaction a tous les vœux légitimes, fit au Congrès médical l'honneur de venir officiellement, et au nom du gouvernement, écouter et recevoir ses vœux, qu'il y fit entendre un magnifique langage qui remplit nos cœurs de gratitude et d'espérance; que bientôt il présenta à la Chambre des pairs, qui l'adopta, un projet de loi qui leur donnait satisfaction dans la limite, hélas! des exigences du gouvernement de cette époque?

La révolution de 1848 emporta le projet de M. de Salvandy. Depuis lors, la famille médicale française n'a pas voulu s'isoler des graves préoccupations de la patrie; ses souffrances ne se sont pas amoindries, au contraire, mais discrètement elle les a tues; elle a trouvé digne d'elle de ne pas distraire les pouvoirs publics de soins plus généraux et de réorganisations plus urgentes. Tous les sacrifices que les circonstances lui imposaient, elle les a faits, même celui de ses plaintes et de ses doléances. Cependant partout, et comme si ses plus pressants désirs eussent été satisfaits dans les austères études de la science, dans les pénibles exigences de la pratique, dans les longues et cruelles épidémies qui ont ravagé la France, et qui sont les champs de bataille des médecins civils, dans les guerres glorieuses de la Crimée et d'Afrique, sur la Baltique comme sur la mer Noire, partout elle a fait bravement, simplement, son devoir; partout elle s'est montrée la digne héritière de cette grande génération médicale à laquelle Bichat appartenait, de ces illustres bienfaiteurs de l'humanité, Dupuytren, Boyer, Desgenettes, Larrey, Corvisart, Broussais, Laënnec et tant d'autres, qui ont élevé si haut la médecine française dans l'estime et le respect des hommes. (Marques bruyantes d'approbation.)

Et c'est parce que, dans les grandes circonstances qu'il vient de traverser, rien n'a pu éloigner le médecin de ses devoirs, c'est parce qu'il se montre patient, noble et digne dans ses souffrances, qu'il possède tous les droits a l'intérêt et à la sympathie d'un pouvoir généreux. Ce pouvoir a donné à la France la sécurité, la gloire des champs de bataille et une paix non moins glorieuse. Il est digne de lui de reprendre aujourd'hui dans le calme actuel des esprits l'œuvre de 1845. Cette œuvre, tous les travaux antérieurs l'ont rendue facile. Et d'ailleurs, c'est une œuvre sociale plus encore que professionnelle. Le corps médical, comme toute la société française, est attaché de cœur et d'esprit aux grands principes de 1789 (applaudissements répétés); il ne demande pour lui ni privilèges ni retour impossible à l'esprit étroit et aux passions mesquines des corporations. Il demande, au contraire, chose étrange et rare assurément dans l'histoire des professions, que la société prenne contre lui des garanties plus sérieuses encore d'études générales et spéciales. Il demande à ne plus être séparé de la grande famille des lettrés à laquelle il a toujours appartenu, à laquelle depuis Hippocrate, qui est un maître aussi en l'art d'écrire, il a donné des membres éminents, et dont l'illustre Faculté devant laquelle j'ai l'honneur de porter la parole a déclaré qu'il ne pourrait plus rester éloigné sans grand dommage pour la dignité de la science et la sécurité de l'art (Applaudissements unanimes.) Il demande que la société prenne pour elle-même, et à son seul bénéfice, des mesures plus efficaces contre l'indigne exploitation qu'une pseudo-science fait impunément de la santé publique. Il demande l'égalité des épreuves probatoires pour ceux qui aspirent à devenir les ministres de notre art humain par excellence, et ce n'est pas auprès d'un gouvernement qui prend en si légitime souci le sort des classes pauvres et laborieuses que pourrait trouver quelque faveur cet argument si souvent invoqué et si souvent détruit, cet argument antipolitique et, j'ose le dire, antichrétien, qui revient à dire qu'aux pauvres et laborieux habitants des campagnes, et pour leurs maladies toujours si graves, il suffit de demi-savants, de demi-praticiens (Marques unanimes d'approbation auxquelles M. le ministre s'associe lui-même.)

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Etudes cliniques propres à déterminer la valeur du traitement par l'alun et par l'acide sulfurique contre la colique de plomb,

Par M. Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité.

Habent sua fata libelli, a-t-on dit des livres : on peut avec raison en dire autant des médicaments, *habent sua fata pharmaca*. Pendant un certain temps, tel d'entre eux a la vogue, tout le monde le vante, il guérit tout, puis, un beau jour, on ne sait pas trop comment, il se trouve que ce même médicament si prôné tombe dans l'oubli, et que chacun le délaisse, *jacet ignotus sine nomine*. Ceux-là, du moins, n'ont pas le droit de se plaindre, ils ont eu leur tour de faveur; mais il en est qui sont moins chanceux, quoique aussi bons que d'autres; enfants mort-nés, à peine ont-ils paru qu'ils sont voués au discrédit, et si par grand hasard quelqu'un veut les employer, comme il ne le fera que dans l'intention de les contrôler, c'est-à-dire de les trouver en défaut, on peut être sûr d'avance que le pauvre médicament sortira de l'épreuve avec une réputation encore plus mauvaise que celle qu'il avait auparavant. Mon but, dans l'article qui va suivre, est de prouver, les faits à la main, que l'une des bonnes médications contre la colique de plomb, c'est-à-dire le traitement dit chimique, qu'on a tant dénié, a tout autant de valeur que le traitement le plus vanté, celui de la Charité, par exemple, qui passe aux yeux de la majorité des médecins pour la médication la plus puissante de toutes. Simple praticien, je ne viens pas soutenir que ce traitement, inauguré par M. Chevallier, agit en faisant perdre aux sels de plomb logés dans les divers tissus de l'économie, leur solubilité, pour les transformer en des sels incapables de nuire. J'adopte cette théorie parce qu'elle me paraît vraisemblable, et qu'il faut en avoir une en thérapeutique, quand on veut faire quelque chose de bon; mais je ne la défends pas. Je viens seulement chercher à établir que ce mode de traitement réussit très-bien, qu'il est applicable dans des cas où l'on ne peut pas seulement songer à employer le traitement de la Charité, et que comme il est très-simple, nullement fatigant, et surtout qu'il n'expose point à phlogoser les membranes muqueuses du tube digestif, il vaut, dans les cas de colique simple, mieux que le traitement dit de la Charité.

On sait qu'en 1777, Navier, de Reims, avait proposé l'emploi

des hydrosulfures, comme moyen de neutraliser les effets du plomb, et qu'en 1819 MM. Chevallier et Rayer renouvelèrent cette proposition, en l'étayant de quelques succès obtenus sur des malades atteints de la colique de plomb.

Comme il était de toute probabilité que la saveur désagréable des boissons hydrosulfureuses avait nui à la propagation de ce mode de traitement, plusieurs médecins ont pensé qu'il serait bon de leur substituer, soit de l'acide sulfurique étendu d'eau, soit des sulfates acides, et entre autres l'alun, qui n'ont aucune saveur désagréable, et qui jouissent, comme les hydrosulfures, de la propriété de faire, avec les sels de plomb, des sulfates insolubles, et partant innocents. On sait encore que Kapeler, habile médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et après lui M. Gendrin, sont les praticiens qui ont fait le plus d'efforts pour propager l'usage de l'acide sulfurique et des sulfates acides.

M. Montaneix, dans un travail qui se trouve dans le tome XVIII des Archives de médecine, année 1828, a donné une série de faits observés à l'hôpital Saint-Antoine, et de ces faits il résulte que la guérison de la colique de plomb simple, par l'alun, est complète en moins de six à sept jours, et que le plus ordinairement elle est sans récidive. Kapeler était un médecin très-habitué au maniement des remèdes; il avait été l'un des principaux promoteurs de l'emploi du tartre stibié à haute dose dans la pneumonie; c'était un observateur froid, peu disposé à l'enthousiasme, et par conséquent digne de toute confiance.

M. Gendrin a présenté dans les journaux du temps beaucoup de faits du même genre, et quelle que soit l'exagération dont cet auteur ait été taxé, il n'en reste pas moins évident que l'alun et l'acide sulfurique ont entre ses mains amené des guérisons très-promptes.

Malgré l'évidence de ces résultats, le scepticisme, ainsi qu'on peut le voir dans le Traité des maladies saturnines de M. Tanquerel des Planches, s'en est emparé, et la méthode chimique fut mise à l'épreuve, tant à l'Hôtel-Dieu qu'à l'hôpital de la Charité, par des médecins qui, dès le commencement de l'expérimentation, ne paraissaient pas avoir grande confiance dans le succès de ses résultats. Il est vrai qu'on ne traita que huit malades par l'alun, et que les autres, plus nombreux, prirent seulement la limonade sulfurique, ce qui ne constitue pas une expérimentation bien complète de l'ensemble du traitement chimique.

Quoi qu'il en soit, d'après ce qu'en rapporte M. Tanquerel, ce traitement ne parut pas avoir réussi. — Il avait, dans certains cas,

duré plus longtemps que celui de la Charité, et dans d'autre cas on avait été obligé de lui substituer le traitement ordinaire par les purgatifs; bref, d'après M. Tanquerel, c'était une méthode jugée et condamnée.

Successivement médecin à l'hôpital Cochin et à la Charité, où se traitent tant de cas de colique de plomb, j'étais dans l'usage de me servir habituellement du traitement de la Charité modifié, lorsqu'en 1849, au moment où sévissait l'épidémie cholérique, se présentèrent dans mes salles plusieurs malades atteints de colique saturnine. — Les traiter par les vomitifs et les purgatifs répétés me parut chose dangereuse; avoir recours aux simples opiacés me semblait insuffisant; je pensai à l'alun, et dans mon embarras j'eus recours à mon voisin de salle, le vénérable Fouquier; il m'engagea à suivre le parti que je me proposais de prendre, en me fortifiant de son expérience, qui avait été favorable à ce médicament. Je me mis donc à tenter l'essai du traitement chimique, et comme il me réussit dès le commencement, et que le succès ne s'est pas démenti depuis, j'ai exclusivement eu recours à lui depuis 1849 jusqu'à présent, par conséquent pendant un laps de huit années.

Ce traitement a été le suivant : tous les jours deux litres d'eau sucrée acidulée avec 4 grammes d'acide sulfurique par litre, pour tisane; dans le cours de la journée, une potion gommeuse additionnée de 4 grammes, et, dans quelques cas rares, de 6 grammes d'alun, prise par cuillerées à bouche; le soir une pilule de 5 centigrammes d'extrait aqueux d'opium. A partir du premier jour du traitement un bain sulfureux, renouvelé tous les deux jours, tant que la peau se couvre d'une couche noire de sulfure de plomb. Quelquefois, et pour céder aux obsessions des malades, on donnait un lavement à la décoction de séné ou à la solution de sel marin. La diète était observée, tant que l'appétit ne se faisait pas nettement sentir. Tel est l'ensemble des moyens qui ont été régulièrement et constamment employés chez chacun des cinquante-sept malades qui ont été reçus dans mes salles, à l'hôpital de la Charité, pour la colique saturnine sans complication et à tous les degrés. Parmi ces cas, il s'en trouvait de graves, d'autres qui étaient légers, et cela dans la proportion où cela se trouve dans les hôpitaux.

Voici maintenant les résultats de ce traitement. Tous les malades ont guéri, ce qui n'a rien de bien extraordinaire, puisque tous avaient la colique de plomb sans complication grave. Les douleurs ont cédé quelquefois le premier jour, plus souvent le second et le troisième jour. C'est seulement dons des cas rares que les douleurs

ont persisté d'une manière notable après le quatrième jour du traitement. Deux malades seulement n'ont point été soulagés, et j'ai dû pour eux avoir recours au traitement purgatif, après six jours de traitement infructueux par les acides; et chez eux la guérison a été lente.

L'absence ou la présence des garde-robes n'a pas eu d'influence appréciable sur la disparition de la douleur.

Le plus habituellement, les malades sont restés constipés et n'ont eu de selles qu'au bout de trois, quatre et même cinq jours de traitement, et cela n'a pas, comme on le voit, empêché les douleurs de ventre de disparaître.

Cette disparition de la douleur, qui est le point capital du traitement, puisque, dans les cas simples, c'est à peu près le seul trouble pénible pour les malades, m'a paru différer peu de ce qui arrive après le traitement par les purgatifs; j'estime qu'en mettant les choses au pis, il y a au plus un jour de retard dans la disparition complète de la douleur, avec les acides. Aussi, lorsque la colique est fort douloureuse, il y a rarement du soulagement après la première journée du traitement, tandis qu'avec les purgatifs il y en a quelquefois.

Dès la seconde nuit du traitement, le sommeil est assez généralement revenu.

Les douleurs sympathiques des membres se sont constamment dissipées en même temps que les douleurs abdominales.

La constipation a persisté le plus souvent plusieurs jours après la disparition complète des douleurs. Le plus ordinairement, l'appétit s'est fait sentir du troisième au quatrième jeur du traitement, et alors j'accordais des aliments dont la digestion se faisait très-bien.

La tisane acidulée avec l'acide sulfurique est une boisson agréable que les malades ont toujours prise avec plaisir, et qu'ils n'ont vomie que dans des circonstances rares où tous les ingesta étaient rejetés. Comme ils étaient altérés, ils ont toujours recherché cette boisson.

Le sulfate d'alumine à 4 grammes, dans une potion gommeuse, n'agace pas les dents comme on le croirait; les malades trouvent leur potion sucrée, âcre ou amère, mais ils ne se sont jamais plaints de son acidité désagréable. Ce sel ne donne aucun signe qui indique de l'irritation dans la bouche ni dans le tube digestif. Peu de malades se plaignent de douleurs d'estomac, et la potion n'est vomie que par exception. Elle est, comme on le voit, loin de donner la diarrhée.

En général, son usage a été continué pendant cinq à six jours.

Les forces des malades sont toujours revenues de bonne heure, et comme le traitement ne les fatigue pas, beaucoup d'entre eux ont quitté le lit du troisième au cinquième jour.

L'état cachectique s'est en général dissipé, comme dans le traitement par les purgatifs, du quatrième au septième jour.

Aucun incident particulier au traitement n'est survenu pendant son cours.

Il reste à établir un point fort important, c'est-à-dire à déterminer la durée moyenne de ces cinquante-sept cas de colique de plomb. Afin d'éviter toute erreur et toute tendance involontaire à corriger les chiffres, j'ai pris pour chaque malade la date de son entrée à l'hôpital et la date de sa sortie, bien assuré d'avoir ainsi un chiffre plutôt plus fort que plus faible, attendu que les malades, en général, ne sortent des hôpitaux que quand ils sont bien guéris. Voici donc ces chiffres :

1849.	1850.	1851.	1852.	1853.	1854.	1855.	1856.
Jours.	Jours.	Jours.	Jours.	Jours.	Jours.	Jours.	Jours.
6	13	4	12	10	4	9	6
9	12	12	18	5	4	11	5
7	6	6	11	3	10	16	6
5	12	14	5	10	10	11	11
8	11	7	12	—	13	5	6
11	10	8	12	28	—	—	17
6	7	—	12		41	52	—
14	13	51	4				51
11	13		2				
12	—		9				
—	94		6				
89			6				
			—				
			109				

En tout, 515 jours pour 57 malades, ou 9 jours par malade ; or, comme la sortie n'a eu généralement lieu que plusieurs jours après la guérison, il en résulte qu'il a dû y avoir en moyenne à peu près six à sept jours de traitement. On peut consulter l'ouvrage de M. Tanquerel des Planches, et l'on y verra que sur 345 malades atteints de colique de plomb simple et traités par la méthode des purgatifs, la durée du traitement a été de six à sept jours.

Ainsi, de quelque manière qu'elle ait été traitée, la colique de plomb simple a eu la même durée, et le seul avantage qu'on puisse concéder au traitement par les purgatifs, c'est qu'il paraît abréger d'une journée la durée des douleurs abdominales ; mais ce que ce dernier gagne d'un côté, il le perd de l'autre, car les malades traités

par l'alun, moins fatigués que ceux qui sont traités par les purgatifs, ont une convalescence plus courte que les autres.

Enfin, si dans deux cas on a été obligé d'avoir recours aux purgatifs, il est en revanche beaucoup de cas, tels sont, par exemple, les temps d'épidémie cholérique, où ces derniers ne peuvent pas être employés sans danger.

Et, en dernier lieu, quand un traitement violent n'a pas sensiblement plus d'avantages qu'un traitement doux, il n'y a pas le moindre doute que, dans la très-grande majorité des cas, ce dernier ne doive être préféré.

Je terminerai cet article par une réflexion qui me paraît avoir une certaine importance et qui est la suivante : si tous les malades traités par les acides ont vu disparaître leurs douleurs abdominales et autres, avant d'avoir eu des selles, c'est que l'expulsion, par les selles, des matières contenues dans le tube digestif, n'a pas la moindre influence sur ces douleurs, c'est que ces matières ne tourmentent pas ce tube autant qu'on le suppose; c'est qu'enfin, si la méthode du traitement dit chimique repose sur une hypothèse, il est certain que celle par les purgatifs repose sur une erreur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la méthode opératoire exploratrice,

Par le professeur ALQUIÉ, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi de Montpellier.

La chirurgie ne manifeste pas tant sa puissance par l'étendue des sacrifices qu'elle opère que par les services qu'elle peut rendre souvent à l'aide des opérations les plus restreintes. En bien des circonstances on est à regretter d'avoir effectué une mutilation trop considérable; et ces regrets sont d'autant plus profonds, que le mal la réclamait d'autant moins. Comme nous l'avons démontré ailleurs ([1]), bien des opérations ont été et sont pratiquées sans être nécessaires, parce que le diagnostic était complétement erroné. Il est une autre catégorie de faits dans lesquels, l'emploi de l'instrument tranchant étant inévitable, le sacrifice eût pu être restreint, si l'état des parties lésées eût été mieux apprécié. C'est sur cette importante face de la chirurgie conservatrice que nous désirons attirer un moment l'attention ; c'est pour prévenir des erreurs de ce genre que nous venons préconiser la méthode opératoire exploratrice, méthode ap-

([1]) Chirurgie conservatrice, 1850, p. 47.

pliquée par nous depuis longtemps dans notre service, et que nous avons seulement énoncée dans une récente séance de la Société de chirurgie, séance du 29 avril 1857.

« Un ouvrage qui ne contiendrait que les non-succès et les erreurs des praticiens en renom, dit Deschamps, serait un des livres les plus instructifs ; l'art y gagnerait le centuple de ce que l'amour-propre pourrait y perdre. »

Et, en effet, les revers instruisent souvent aussi bien que la réussite. L'art consiste autant à éviter ou à diminuer les écueils rencontrés par d'autres qu'à répéter leurs succès ordinaires. Ces mécomptes ont lieu trop fréquemment, parce qu'en général on s'empresse de publier les résultats favorables et de taire les insuccès. Aussi faut-il dans la pratique reconnaître cet état de l'art, et se conduire comme si l'on était journellement exposé à des mécomptes ou à des erreurs.

De son propre aveu, Richerand entreprit contre son opinion, mais d'après celle des autres consultants, l'extirpation d'un prétendu carcinome de l'orbite, chez un homme qui y portait seulement un kyste, dont l'ouverture donna issue à une assez grande quantité de liquide albumineux, et fut suivie de la guérison. Evidemment une simple ponction exploratrice eût rendu inutile l'incision de la paupière et les manœuvres d'une extirpation commencée. Une méprise analogue fut près d'être effectuée sur une malade auprès de laquelle un médecin s'était introduit sous le nom de professeur Delpech, dans un hôtel de Montpellier : honorable subterfuge qui n'a cessé de se reproduire. En 1852, un jeune homme fut envoyé dans notre service pour y subir l'extirpation d'une tumeur intra-orbitaire du côté gauche. L'altération avait fait durant plusieurs années des progrès qui avaient déterminé un commencement d'exophthalmie, et une diminution notable de la vue. Bien des caractères portaient à y supposer la présence d'une masse encéphaloïde. Cependant, avant de pratiquer une extirpation si laborieuse et si incertaine, nous incisâmes couche par couche les parois épaisses d'une vaste poche purulente qui constituait la tumeur ; les suites furent longues, mais heureuses.

Au rapport de Scarpa, Warner ayant à traiter un individu atteint d'une tumeur du jarret, et croyant à une lésion tout autre qu'à un anévrysme, ouvrit celui-ci et se hâta de pratiquer immédiatement l'amputation de la cuisse. Ne faut-il pas regretter cette dernière détermination ? Dans un cas semblable, où le diagnostic avait été fort controversé, nous procédâmes comme pour l'extirpation d'un kyste ;

et la nature du mal étant évidente par la mise à nu de la tumeur. nous achevâmes l'opération en liant l'artère poplitée.

Au mois d'avril 1851, Mme André de Cournon-Sec nous amena son fils atteint d'une tuméfaction croissante et surmontée de taches vasculaires de la région thénar de la main droite. Plusieurs médecins consultés avaient conclu par écrit à la nécessité d'amputer le poignet, sur le motif qu'il s'agissait d'un cancer. Cette opération était déjà décidée. Nous admîmes l'existence d'un fongus hématode.

De là nous conclûmes à la conservation de la main à la faveur de ligatures multiples et de cautérisations répétées de la masse fongueuse. Cette méthode opératoire, qui devait servir en même temps à explorer les parties malades et à éclairer le diagnostic, eut un plein succès, car ce jeune homme, parfaitement guéri, a conservé sa main, et jouit d'une complète santé.

Les ponctions nombreuses et sous-cutanées faites pour les ligatures avaient en effet pour but, non-seulement de déterminer la transformation fibreuse et l'atrophie consécutive du tissu vasculaire, mais aussi d'explorer profondément et diversement le mal, décidé que nous étions à l'extirpation, si notre diagnostic eût été erroné en partie ou entièrement.

On a bien des fois à regretter des sacrifices trop considérables, parce que le diagnostic manque de précision quant à l'étendue des désordres organiques. Plusieurs fois nous avons vu pratiquer l'amputation du bras ou de la jambe, alors que les altérations morbides n'atteignaient pas notablement l'intérieur des articulations pour lesquelles l'opération était pratiquée, mais seulement les parties ambiantes. Il existe, en effet, des maladies traitées comme tumeur blanches, et qui siégent seulement dans les gaînes fibreuses de certains ligaments, ou même à la surface externe des os. Depuis que M. Bonnet de Lyon a signalé l'existence de ces maladies, nous les avons bien souvent démontrées et décrites dans notre service, sous la désignation de *périarthries*[1]. Amené, par suite de l'opiniâtreté du mal, à mettre en œuvre nos ressources sanglantes, il nous est arrivé plusieurs fois d'éviter l'amputation d'un membre en enlevant les tissus désorganisés à la faveur de manœuvres à la fois exploratrices et d'extraction. En agissant de cette manière, il nous semble que Pelletan eût pu sauver la jambe à un individu qu'il amputa pour une tumeur sanguine, située sur la partie externe et supérieure du tibia.

---

(1) Revue thérapeutique du Midi. Montpellier, 1851, p. 722.

L'éléphantiasis du scrotum laisse ordinairement intacts les testicules, les cordons spermatiques et la verge. Combien de fois, cependant, faute d'une opération convenablement exploratrice et limitée, n'a-t-on pas sacrifié les glandes séminales et le membre viril! Au rapport de M. Bergeron, Halles enleva ainsi les testicules sains avec la masse éléphantiaque que portait un individu âgé de cinquante ans. Une pareille mutilation fut effectuée par Titley, selon M. le professeur H. Larrey. Quoique parfois altérés, les testicules ne devraient-ils pas être presque toujours respectés à l'aide de dissection exploratrice, en imitant les beaux exemples donnés par Delpech, Gaétani, Clot-Bey, etc.? Comme l'éléphantiasis n'est pas précisément une lésion cancéreuse, et que les testicules se trouvent simplement atrophiés dans le cas où ils paraissent le plus lésés, il nous semble convenable de les conserver, alors même qu'ils resteraient impropres à la fonction génératrice. Bien des fois, obligé d'extirper ces glandes profondément désorganisées dans presque tous leurs tissus, nous en avons cependant épargné une partie même très-légère. Il n'est pas, en effet, sans importance de laisser croire au malade qu'il conserve encore des testicules, lors même qu'il sent simplement des espèces de tubercules au sein des bourses. L'influence morale de la castration est en général si profonde, que certains suicides en ont été la conséquence.

Dans un autre genre de cas, le chirurgien a lieu de regretter d'avoir pratiqué des mutilations trop considérables, parce que son diagnostic a été imparfait quant à la constitution anatomique des altérations organiques. Nous avons déjà signalé des cas d'éléphantiasis de bourses, où les testicules auraient dû être épargnés par une dissection en même temps exploratrice et éradicative. Ces faits pourraient rentrer dans la catégorie de ceux que nous mentionnons en ce moment. Nous pouvons, en effet, les rapprocher de ceux où une hydrocèle à parois cartilagineuses, ou une hématocèle ancienne ont nécessité l'emploi de l'instrument tranchant. Certainement, dans presque tous ces cas, même en ayant recours à l'éradication de la poche sanguine, suivant les conseils de M. Gosselin [1], les testicules devraient être respectés, et cependant nous voyons la castration effectuée chez un malade atteint d'une altération cartilagineuse de la vaginale, au rapport de Sabatier. Après plusieurs ponctions exploratrices, Boyer et Deschamps, croyant à l'existence d'un sarcocèle chez un porteur d'eau, pratiquèrent la castration; et

[1] Traité des mal. du testicule, par Cusling, traduct. 1856.

cependant la glande séminale était saine, de sorte que l'extirpation eût dû être bornée à la tunique vaginale très-épaissie. Une opération exploratrice aurait fait éviter l'ablation de la masse herniée à travers la partie moyenne de l'occipital, laquelle masse était une hydrocéphale, chez l'enfant qui, au rapport de Desault, mourut peu d'heures après cette manœuvre malheureuse. N'est-il pas évident qu'une opération exploratrice préviendrait des regrets qu'inspirent des tentatives pareilles à celle dans laquelle Slévogt extirpa l'utérus engorgé et ses annexes pour une prétendue tumeur?

Sans vouloir nous étendre davantage sur des faits du même ordre dont on pourrait aisément grossir le nombre, il nous semble avoir suffisamment montré ainsi qu'en bien des cas on pratique des sacrifices trop considérables, parce que le diagnostic local manque de toute la précision désirable.

Mais les exemples malheureux que nous venons de rapporter étant empruntés à la pratique des chirurgiens les plus justement estimés, il faut en conclure que des méprises pareilles sont fort possibles, et qu'elles doivent être comptées au nombre des incertitudes inhérentes à l'exercice de l'art. Il est donc nécessaire de chercher les moyens de diminuer ou d'éloigner les chances d'erreur que nous venons de signaler. Tel a été le sujet de réflexions qui nous ont conduit à mettre en œuvre et à préconiser ce que nous appelons la ***méthode opératoire exploratrice.***

Si, en effet, dans les divers cas dont nous venons de parler, on n'avait pas eu recours de prime abord à une opération extrême, mais à des recherches chirurgicales successives et préalables sur les parties altérées, n'est-il pas évident que l'on aurait beaucoup restreint les sacrifices effectués, et partant mis le patient dans un état moins sérieux sous tous les rapports? N'est-il pas manifeste qu'en incisant les tissus lésés comme pour pratiquer une action directe sur eux, on aurait réduit à une simple incision ou ponction les manœuvres d'extirpation de prétendues tumeurs solides de l'orbite; on aurait lié le tronc artériel, au lieu de l'amputation de la cuisse; traité un fongus hématode, au lieu de vouloir amputer le poignet; extirpé les parties désorganisées autour d'une articulation, au lieu de couper la jambe ou le bras; retranché la membrane dégénérée des bourses, au lieu de consommer une véritable castration?

Dans la séance du 29 avril 1857 de la Société de chirurgie, M. le docteur Marjolin, secrétaire général, présenta un jeune enfant atteint à la partie interne de l'avant-bras droit d'une tumeur demi-consistante, et qui fut considérée comme cancéreuse.

Les membres de la Société furent divisés sur la question de savoir s'il fallait pratiquer l'amputation du bras, ou seulement l'ablation du cubitus avec celle des parties molles altérées qui avoisinaient cet os. A notre tour, nous développâmes le sentiment suivant : en ayant recours immédiatement à l'amputation du bras chez ce jeune homme, on pourrait avoir ensuite des regrets de plus d'une sorte. Il serait possible que l'on reconnût une nature non cancéreuse du mal qui simule parfois l'existence d'un abcès froid, d'un lipôme, d'une masse sanguine; il serait possible que, de l'encéphaloïde s'y trouvant, la masse morbide fût assez bien limitée pour être susceptible d'énucléation; il se pourrait aussi que l'altération cancéreuse se bornât aux parties molles de la région interne et postérieure de l'avant-bras. Il se pourrait enfin que les désordres cancéreux eussent envahi le cubitus de manière à permettre de sacrifier seulement une portion de cet os. Dans chacune de ces suppositions, le chirurgien éprouverait de vifs regrets d'avoir pratiqué immédiatement l'amputation du bras. Pour prévenir de semblables regrets, et pour faire l'application des règles de la chirurgie conservatrice, voici comment nous agirons en pareil cas :

Après avoir tenté d'arrêter ou de faire disparaître le mal à l'aide des iodés, des ferrugineux ou d'autres médicaments, si leur emploi devenait inefficace, nous aurions recours à l'instrument tranchant. Alors nous pratiquerions une incision de manière à découvrir successivement les tissus environnant la tumeur et enfin celle-ci; divisant à son tour la masse morbide, nous en apprécierions la nature et l'étendue. S'il s'agissait d'un abcès froid, l'instrument serait abandonné pour les remèdes ordinaires à ces sortes de collections purulentes. Existerait-il un lipôme, une collection sanguine, une masse cancéreuse même, mais susceptible d'énucléation, nous achèverions l'opération de cette manière. Si l'altération démontrée cancéreuse s'étendait aux muscles voisins, de manière à nécessiter leur excision, nous ajouterions ce sacrifice au précédent. L'exploration du cubitus nous découvrirait-elle la participation de cet os aux désordres pathologiques, nous continuerions les manœuvres chirurgicales en faisant la résection d'une portion même très-grande de la diaphyse de cet os. Enfin, les manœuvres exploratrices nous ayant découvert des désordres étendus aux régions profondes d'une trop grande portée de l'avant-bras, alors, sans pratiquer ni incision, ni résection, nous procéderions à l'amputation du bras. En agissant de cette manière, nous serions assuré d'avoir tenté tout ce qui était possible pour la conservation du membre, même privé d'une

portion du cubitus, et d'avoir effectué une mutilation inévitable.

Tel est aussi l'esprit de la méthode opératoire exploratrice, que nous préconisons en paroles et en actes depuis bien des années; elle nous a permis de conserver des membres que nous étions porté à sacrifier sans explorations préalables.

Si c'est un homme dont la jambe est fracassée de manière à rendre la nécessité de l'amputation probable, l'exploration des plaies, des fragments, l'extraction des esquilles, la ligature des vaisseaux, deviennent parfois suffisantes. Là, c'est un jeune garçon atteint d'une tumeur squirrheuse de l'arcade alvéolaire du maxillaire gauche. Plusieurs médecins conseillent de faire l'ablation de l'os en entier: par des manœuvres exploratrices et progressives, l'opération se limite à la résection du procès alvéolaire. Plus loin, c'est une jeune femme affectée de la même lésion à la mâchoire inférieure, et que la même méthode opératoire, employée sous les yeux de son médecin particulier, nous a permis de sauver depuis près de dix années. Récemment, une pareille pratique chirurgicale nous a valu un succès du même genre chez une personne atteinte d'un fongus cancéreux du maxillaire supérieur droit. Publiant l'histoire d'une femme opérée sous nos yeux à l'Hôtel-Dieu de Lyon (1), nous ajoutions les réflexions suivantes : Cette opération nous offre un exemple des tristes conséquences que peut avoir l'ablation du maxillaire supérieur presque entier. Gensoul affirme que les huit opérés ont tous guéri, et M. Bérard assure que bon nombre de malades opérés par Dieffenbach, Blandin, MM. Velpeau, Robert et lui-même, ont tous été guéris. A la vérité, il avoue que chez plusieurs la récidive a eu lieu. J'ai vu le professeur Serre enlever le rebord alvéolaire seulement chez un jeune Corse qui vit encore; mais un autre malade, à qui le même opérateur enleva le maxillaire supérieur, ne tarda pas à périr. Il en fut de même pour un gendarme qu'il opéra en ville. Ajoutons à ces faits malheureux l'observation de la femme opérée par M. Bonnet, et celle d'une jeune personne qui mourut entre les mains du même chirurgien, à ce que nous a rapporté M. le docteur Andrieu, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et nous verrons que probablement bien des insuccès n'ont pas été aussi soigneusement publiés que les résultats heureux. Du reste, on confond à tort les faits où l'on a enlevé la portion alvéolaire du maxillaire avec ceux où cet os en entier ou presque en entier a été soustrait. Ainsi, j'ai vu plusieurs cas avantageux dans lesquels le

(1) Annales cliniques de Montpellier, 1854, p. 500.

procès alvéolaire avait été seul retranché, tandis que d'autres malades, à qui le même chirurgien avait extirpé presque la totalité de l'os, n'ont pas tardé à succomber. Si nous remarquons l'état sain du sinus maxillaire chez la femme Crétin, nous reconnaîtrons que l'ablation de presque tout l'os était inutile, puisque le mal se bornait à la portion alvéolaire; cependant, on ne peut pas douter que la mort n'ait été hâtée par l'étendue de désordres que cette grave soustraction nécessite. L'application de la méthode opératoire exploratrice eût très-probablement prévenu ce triste résultat en restreignant beaucoup la mutilation accomplie.

A propos du jeune malade qui faisait le sujet d'une intéressante discussion au sein de la Société de chirurgie, M. le docteur Richet cita l'exemple d'un homme à qui il put faire l'énucléation d'une tumeur semblable à celle de cet enfant, pour laquelle on voulait pratiquer immédiatement l'amputation de la cuisse. C'est ainsi que Lisfranc était parvenu à retirer et à conserver les corps caverneux au milieu d'une masse cancéreuse bornée au fourreau de cet organe. Aussi, nous avons pu enlever bien des cancers des lèvres à l'aide de l'énucléation, conserver le globe de l'œil surmonté d'une masse fongueuse [1].

Nous pourrions aisément citer des exemples remarquables où l'application de la méthode opératoire exploratrice a eu d'heureux résultats chez des personnes atteintes de maladies du sein, de l'aisselle, du creux poplité, du testicule.

Nous désirons seulement attirer l'attention du lecteur sur les cas qui nécessitent la ligature des artères. D'après l'autorité de Dupuytren, surtout [2], il était, et il est encore généralement accepté, que les artères sont ramollies au sein des tissus enflammés.

Cette opinion, que depuis bien des années nous avons démontrée erronée [3], comme le professeur Nélaton l'a fait aussi de son côté, a conduit à une pratique souvent regrettable. Ainsi, les chirurgiens, ne croyant pas possible ou prudent d'étreindre l'artère qui donnait du sang dans une plaie, allaient découvrir le tronc artériel plus ou moins au-dessus du siége de l'hémorrhagie. On comprend sans peine quelle différence de gravité une pareille conduite apportait dans l'état du malade. Cette pratique devenait parfois bien plus fâcheuse en faisant procéder à l'amputation ou à la désarticulation d'un

(1) Annales cliniques de Montpellier, 1854, p. 266.
(2) Chirurg. cliniq., Montpellier, 1823, t. I, p. 57.
(3) Revue thérap. méd., t. II, p. 447, et Annal. cliniq., Montpellier, 1854, p. 492.

membre. Partageant ce sentiment, le professeur Sanson assure que placer une ligature sur une artère coupée par un premier lien, est un précepte rarement rationnel, en ce que l'inflammation qui s'est emparée de l'artère l'a rendu sécable. En conséquence, l'auteur ajoute que la ligature faite au moins à six pouces, ou même la ligature de l'artère principale du membre, est le moyen qui offre le plus de chances de succès. Dans quelques circonstances, même, on est obligé de recourir à l'amputation. Cependant, l'examen des parties lésées aurait fait éviter de semblables méprises et réduire l'emploi de l'instrument à la simple ligature du bout vasculaire d'où venait l'écoulement de sang. Nous avons publié de nombreux exemples de l'excellence d'une telle méthode de traitement. Dans un cas, il s'agissait d'une hémorrhagie survenue à la suite d'une castration qui céda à la ligature secondaire de l'artère de la cloison, cherchée au milieu de tissus enflammés et suppurants. Dans un autre, c'était l'artère humérale qui fournissait la perte de sang au sein de parties molles fortement engagées. La cubitale, la radiale, la tibiale, la faciale et toutes les artères où l'on peut placer une ligature, nous ont permis de faire une heureuse application de la méthode opératoire exploratrice. Il est bien entendu qu'en agissant ainsi, on pourra juger sûrement des cas exceptionnels où les artères ne supporteraient point l'action du lien, et où il faudrait s'éloigner du lieu lésé. *(La fin au prochain numéro.)*

Études pratiques sur le traitement des abcès par congestion (¹),

Par M. le docteur Am. Pain, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Méthode par évacuation.

Enfin tous ces efforts sont impuissants; la maladie marche, l'abcès prend un volume de plus en plus considérable : quelle sera la limite de cette période de temporisation?

La nécessité d'intervenir chirurgicalement dans les abcès par congestion qui ont résisté au traitement de l'absorption n'est plus mise en doute aujourd'hui ; mais le point resté litigieux est celui-ci : A quel moment faut-il intervenir? Faut-il songer à pratiquer l'évacuation du pus aussitôt que la tumeur apparaît à l'extérieur? Faut-il s'abstenir d'ouvrir le foyer purulent, tant qu'il ne menace pas de s'ouvrir spontanément?

Les deux idées ont trouvé des partisans. Pott, Ledran, Sabatier,

---

(¹) Suite. — Voir la livraison du 15 juillet, p. 21.

ont conseillé de donner issue au pus le plus tard possible, à cause des accidents graves consécutifs à l'ouverture. Boyer professa longtemps la même doctrine ; puis des observations nouvelles vinrent modifier sa pratique, et il ouvrit aussitôt que l'abcès avait paru à l'extérieur, et que la fluctuation y avait été constatée. Boyer motivait ainsi sa conduite : dans ces sortes d'abcès, disait-il, le danger tient de l'étendue de la carie et de la grandeur du foyer purulent. La carie augmente à mesure que l'on s'éloigne du moment où le mal s'est montré ; de même, la grandeur du foyer augmente avec la quantité de pus qui s'amasse de jour en jour : d'où il résulte que ces abcès sont d'autant plus graves et plus dangereux qu'ils sont plus anciens et plus volumineux ; car, d'un côté, on peut d'autant moins espérer la guérison de la carie qu'elle a fait plus de progrès ; et, de l'autre, l'étendue du foyer rend le rapprochement de ses parois plus difficile, la suppuration plus abondante, et donne à l'air un accès plus facile et plus grand. Il y a tout au moins une grande apparence de vérité dans ces raisons de Boyer, et on conçoit bien que son esprit, tourmenté par des insuccès, se soit arrêté à cette doctrine. Mais comment répondre à ces objections ? En quoi la marche de la carie peut-elle être influencée par une ponction ? Quelle est la cause qui s'oppose réellement au rapprochement des parois de la poche purulente, si ce n'est la production même du pus, production incessante qui vient contrarier tout travail de réparation ? Mais, disent les partisans de l'ouverture, la guérison est d'autant plus certaine et plus prompte que l'abcès est moins étendu, l'organisation du kyste moins avancée. Quelle que soit la méthode employée, elle sera d'autant plus efficace qu'elle aura été employée plus tôt. Rien n'est plus vrai, mais que se passe-t-il ? En général on obtient la cicatrisation immédiate des premières ponctions ; mais, comme le plus souvent on a affaire à des tempéraments scrofuleux, chez lesquels l'inflammation a peu de tendance à devenir adhésive, il arrive que la dernière piqure ne se ferme pas, que d'autres se rouvrent, et le malade est exposé à tous les accidents qui résultent de l'introduction de l'air dans le foyer. Ainsi donc, dès le début du traitement, voilà le malade exposé à des accidents mortels, qui n'auraient paru que bien plus tard si on avait reculé le moment de la ponction ; l'ouverture prématurée peut donc avancer la mort des malades.

La crainte de ces dangers avait conduit Dupuytren à imiter Pott, Ledran, Sabatier, et à ne toucher à ces abcès que quand ils menaçaient de s'ouvrir spontanément. C'est encore aujourd'hui la pratique de chirurgiens qui font autorité dans la science. MM. Velpeau,

Nélaton, proscrivent d'une manière générale l'ouverture des abcès par congestion, et mettent tout leur soin à en retarder autant que possible l'ouverture spontanée. Y a-t-il des inconvénients à attendre ainsi ? Oui, et des plus graves. C'est qu'en effet, le pus, fourni d'une manière incessante et s'accumulant dans la poche, fait effort contre ses parois, et celles-ci cèdent dans les points qui offrent le moins de résistance : de là des clapiers, des diverticules ; que l'air vienne à s'introduire dans cette vaste cavité, les accidents seront formidables, tout à fait au-dessus de nos ressources. Cette introduction de l'air est d'autant plus à redouter que bientôt seront réunies toutes les conditions favorables à l'établissement d'une fistule directe. Le tissu cellulaire qui double la peau se détruit ; la peau amincie, réduite à sa propre substance, s'exfolie, et, le plus souvent, une ponction, pratiquée à cette période avancée, est impuissante à arrêter la marche du travail ulcératif. Autre danger : en abandonnant l'abcès à lui-même, il se peut que l'amincissement de ses parois marche plus rapidement dans un point de l'abcès situé à l'intérieur ; de là l'ouverture possible dans la poitrine, dans l'abdomen ou un des organes creux du ventre. Nous voyons donc que de grands inconvénients sont attachés à l'ouverture tardive ; il en est d'autres encore qui prennent leur source dans l'état général du sujet, dans les douleurs vives, les troubles fonctionnels résultant de la présence de l'abcès.

Que conclure de ces considérations ? C'est que l'ouverture prématurée, l'ouverture tardive, offrent également des dangers ; c'est qu'il est très-difficile de fixer une époque comme règle générale, l'époque où on doit agir restant subordonnée à des considérations particulières à chaque cas. Nous avons montré tout ce qu'on pouvait attendre du traitement institué en vue d'obtenir la résorption, nous avons insisté sur l'immense profit qu'en pouvait retirer le malade ; c'est donc un devoir pour le chirurgien de n'intervenir que quand toutes les chances favorables seront épuisées. Il faut peser avec soin toutes les circonstances de l'état général et de l'état local, et ne se diriger que d'après les résultats d'un examen bien approfondi du malade. Si, sous l'influence du traitement général, le malade semble reprendre de l'embonpoint, si les menaces, soit du côté de la poitrine, soit du côté du ventre, semblent s'amender, si la poche purulente, au lieu d'augmenter de volume, décroît et perd de sa tension, il ne faut pas renoncer à l'espoir de voir l'abcès se réduire peu à peu jusqu'à résorption complète. Si, au contraire, le traitement paraît n'avoir aucune prise sur la santé générale profondé-

ment altérée, si l'amaigrissement du malade, l'état des principaux organes inspiraient des craintes, si la tumeur suivait une marche croissante, si surtout une seconde tumeur fluctuante apparaissait dans une région voisine, l'indication serait précise, et, sans plus attendre, il faudrait tenter l'évacuation du pus.

Après avoir cherché à établir autant que possible les indications de l'intervention chirurgicale, il nous reste à passer en revue les différentes méthodes qui ont été proposées, en discuter la valeur, et faire choix de l'une d'elles.

De toutes ces méthodes, on peut faire deux classes bien distinctes. Les unes, peu en faveur aujourd'hui, pénètrent directement dans la collection purulente, sans plus se préoccuper des dangers qui peuvent accompagner cette ouverture, ou se mettent de suite en mesure de les combattre ; les autres, au contraire, cherchent par-dessus tout à prévenir l'introduction de l'air dans le foyer : là, en effet, est tout le problème, et, comme nous le verrons, les efforts des chirurgiens de nos jours n'ont pas été stériles.

Les caustiques sont complétement délaissés, à cause de la perte de substance irréparable qu'ils entraînent.

La pratique de Lisfranc à l'égard des abcès par congestion n'a pas rencontré beaucoup d'imitateurs. Lisfranc, convaincu que la sécrétion du pus trouve sa cause dans l'inflammation des parois du foyer, ce que semblaient lui prouver la coloration rougeâtre du pus, la couleur vive et la sensibilité de la poche, faisant en outre cette remarque, qu'on ne s'oppose pas à la putridité du pus par les petites ouvertures, mais que plus tard on se trouve dans l'obligation de pratiquer une incision large pour débarrasser l'organisme de cet amas d'éléments putrides ; Lisfranc pratiquait sur ce point déclive de la collection purulente une incision large d'un pouce, pour vider d'un seul coup toute la cavité de l'abcès.

En même temps, pour combattre l'inflammation, il disséminait sur la poche une quantité de sangsues en rapport avec la force constitutionnelle du sujet ; il renouvelait ces applications deux ou trois fois, selon l'intensité des phénomènes inflammatoires. Eh bien ! si peu rationnelle que paraisse la méthode, elle a eu des guérisons pour elle, et, chose singulière ! Lisfranc n'a pas observé un cas de résorption purulente. Plusieurs guérisons radicales ont été obtenues ; dans d'autres cas, les malades ont gardé des fistules, mais leur constitution s'est améliorée. Un chirurgien distingué, M. Michel (de Strasbourg), vient de protester contre l'arrêt qui a condamné la méthode de Lisfranc ; il propose de revenir à l'incision

directe, ce qui prouve une fois de plus qu'il n'est pas de méthode qui ne puisse s'appuyer sur des succès.

Quand Larrey avait échoué avec ses révulsifs énergiques, que l'abcès arrivait à terme, il l'ouvrait par une ouverture oblique faite avec un couteau étroit, rougi à blanc; et il évacuait immédiatement tout le pus à l'aide d'une ventouse et d'un bandage compressif. Larrey rapporte l'histoire de trois malades qu'il a traités de cette façon, qui ont heureusement traversé les dangers consécutifs à l'ouverture, et qui ont été guéris après avoir gardé une fistule de quatre à six mois. Larrey préférait cette méthode à celle des ponctions, parce que, disait-il, par ce dernier mode d'ouverture, l'air extérieur altère promptement les fluides qui restent dans le foyer, et la mort survient; tandis que, par son procédé, il diminuait le foyer d'infection en évacuant la totalité de la matière. Quel raisonnement prouverait que Larrey n'avait pas raison ? Attachez une théorie à des faits heureux, aucun effort ne prévaudra contre elle.

M. Chassaignac a recours à sa méthode du drainage pour les abcès par congestion. Selon lui, le malade échappe ainsi à tous les dangers, inflammation de la poche, résorption putride, etc. Voici comment il procède à son application : avec un long trocart, il traverse la tumeur dans le sens de son plus grand diamètre, puis il retire la pointe, la canule restant en place; de cette manière, il ne s'écoule pas une goutte de pus, et la poche conserve un degré de tension suffisant pour le passage d'un second trocart et le placement d'un second tube qui croise le premier à angle aigu. Une bougie à laquelle est attaché un fil, lequel entraîne un tube en caoutchouc vulcanisé, perforé, est passée dans chaque tube; celui-ci est enlevé, et le drainage est établi. Le but de M. Chassaignac, c'est d'établir une fistule; pour lui, c'est le premier pas vers la guérison : ce qu'il veut, ce qu'il recherche, c'est l'innocuité de cette fistule; l'a-t-il obtenue par son procédé ? La majorité des cas qu'il a traités ne lui est pas favorable, mais il a eu des succès; plus tard nous en rapporterons une observation.

De toutes ces méthodes dont nous venons de parler, excepté la dernière, encore peu connue, aucune n'est restée dans la pratique chirurgicale. C'est pourquoi nous passons rapidement sans discuter : le temps a fait justice.

Arrivons aux méthodes de la deuxième classe; ici nous allons voir les chirurgiens prendre les plus minutieuses précautions pour donner à l'ouverture l'étendue et la direction les plus favorables à prévenir l'introduction de l'air.

Ant. Petit (de Lyon) a essayé d'ouvrir ces collections en y plongeant une aiguille solide, chauffée à blanc, espérant que la tuméfaction résultant de la brûlure mettrait en contact les lèvres de la plaie ; mais, à la chute de l'escarre, l'ouverture devient béante, et l'air pénètre en toute liberté dans la poche purulente.

Quelques chirurgiens ont songé à faire ces ponctions avec une aiguille à cataracte, et à aspirer le pus des ventouses. Ce moyen est innocent ; il arrive souvent alors qu'un petit flocon albumineux vient obstruer la petite plaie, et le pus cesse de s'écouler.

A la fin du siècle dernier, Abernethy, le premier, décrivit un procédé de ponctions obliques, qui depuis a été imité et perfectionné. Dans le principe, il ponctionnait avec un trocart ; puis il se servit de la lancette. Il l'enfonçait obliquement dans les parois, pratiquait une incision d'une étendue suffisante pour donner issue aux flocons solides qui nagent dans le pus ; à mesure que le pus s'écoulait, il comprimait la poche, afin que l'air ne pût pas s'introduire ; puis, l'abcès vidé, il essuyait l'ouverture avec soin, mettait les bords dans un contact parfait, et les maintenait rapprochés par un emplâtre adhésif. Le chirurgien anglais ne s'est pas borné à des aperçus théoriques, il cite des faits de guérison à l'appui de sa méthode.

Au commencement de ce siècle, Boyer inventa de nouveau le procédé d'Abernethy. Au lieu du trocart, il se servit d'un bistouri à lame étroite ; il l'introduisait très-obliquement dans la cavité de l'abcès, comme Abernethy ; il s'efforçait de réunir immédiatement la petite plaie. La méthode de Boyer compta peu de succès entre ses mains ; elle ne sert, disait-il, qu'à éloigner la fatale terminaison. D'où venait cette différence de résultats d'une même pratique ? Ne peut-on pas en trouver la raison dans la conduite du chirurgien anglais, qui n'ouvrait qu'en dernière ressource, après avoir cherché la résorption par tous les moyens possibles, et qui, même après l'évacuation, la tentait encore ?

Il y a plus de dix ans, apparut une nouvelle méthode de traitement des abcès par congestion ; c'était un perfectionnement de celle d'Abernethy, la méthode sous-cutanée de M. J. Guérin. Présentée par un expérimentateur infatigable, défendue par une plume habile, ardente à la lutte, sanctionnée par une haute commission des hôpitaux, la nouvelle méthode fit son entrée dans le monde chirurgical avec un éclat qui devait nuire à son avenir. Sur les six cas observés par la Commission des hôpitaux, on avait admis trois guérisons : c'était une belle victoire remportée sur une affection jusque-là réputée mortelle ; aussi disait-on que la mort, qui avait été la

règle, allait devenir l'exception. Mais, plus tard, en d'autres mains, des insuccès se présentèrent, l'engouement qui avait accueilli la méthode à sa naissance tomba, et, en définitive, il ne resta dans la pratique chirurgicale qu'une méthode palliative de plus.

Cependant le mode de traitement de M. J. Guérin avait marqué un progrès réel. Convaincu que le véritable danger inhérent à l'ouverture des abcès par congestion tient à la viciation du pus par l'air, M. J. Guérin s'est surtout attaché à prévenir sûrement la communication du foyer avec l'air extérieur, pendant et après l'opération. C'était bien là le but d'Abernethy, de Boyer ; mais incontestablement le procédé opératoire nouveau offrait plus de conditions favorables au succès.

Je ne décrirai pas ici le procédé et les instruments de M. J. Guérin, ils sont connus de tous; mais j'insiste sur les avantages qu'ils apportaient dans la pratique de l'évacuation de ces poches purulentes. D'abord, bien mieux que le trocart ordinaire ou le bistouri, ils mettaient à l'abri de l'introduction de l'air dans le foyer, car ce trocart, plat et large, peut facilement glisser sous la peau, dans l'étendue de plusieurs centimètres, puis il pénètre à la façon d'un instrument tranchant; d'où il résulte une plaie dont les bords réguliers ont bien plus de tendance à se réunir que les bords contus et inégaux de la plaie du trocart ordinaire. L'aspiration était un des côtés les plus séduisants de la méthode ; on allait donc pouvoir obtenir facilement, et sans dangers, l'évacuation d'une énorme quantité de matière purulente ; ajoutons à cela l'ingénieuse disposition des robinets imaginés par M. Charrière.

Le rapport de la Commission des hôpitaux établissait la supériorité de la méthode non-seulement par les guérisons obtenues, mais par le caractère d'innocuité des fistules sous-cutanées consécutives aux ponctions, contrairement à la gravité irrémédiable des fistules directes. Ce contraste, le procédé ne l'inventait pas, il est vrai ; Abernethy, Boyer, l'avaient parfaitement indiqué; mais, plus qu'aucun autre, ils le mettaient en relief : c'est là, en effet, un des avantages les plus manifestes de la méthode sous-cutanée. Ce procédé opératoire permettant d'évacuer rapidement des quantités considérables de pus, on arrivait rapidement à diminuer les dimensions de la cavité purulente par la rétraction énergique des parois ; et comme une fistule ne s'établissait guère qu'après plusieurs ponctions, l'air s'introduisait dans une poche moins volumineuse, moins sensible ; partant, les accidents étaient bien moins redoutables, plus à la portée de nos ressources.

Dans les mains de M. J. Guérin, les ponctions n'ont jamais été suivies d'accidents; il cite même des cas dans lesquels son procédé est parvenu à conjurer des accidents de résorption très-graves. Il serait bien à désirer que la méthode ait toujours la conscience aussi pure. Mais ne faut-il pas croire que les affirmations de M. J. Guérin sont le fait de l'enthousiasme, et qu'il n'y a pas lieu d'établir une règle générale avec les faits qu'il cite, aussi nombreux qu'ils soient? En effet, tout atténué que soit le danger, il s'en faut de beaucoup que les fistules sous-cutanées soient tout à fait bénignes. En suivant avec soin ses malades, il n'est pas rare de les voir succomber après un temps plus ou moins long. En outre, en admettant cette bénignité de la fistule sous-cutanée dans un grand nombre de cas, il ne faut pas en rapporter tout l'honneur au procédé; c'est souvent le bénéfice d'un état particulier, d'une idiosyncrasie des individus. N'avons-nous pas vu M. Chassaignac établir d'emblée des fistules directes et obtenir des succès? Les fistules à la suite d'incision ont-elles été toutes mortelles? Que la ponction ait été pratiquée avec le bistouri, avec le trocart, si la plaie ne se cicatrise pas, on peut voir, dans certains cas, l'écoulement du pus se faire régulièrement et d'une manière continue par la fistule, sans symptôme d'inflammation du foyer, ni viciation du pus par l'air; il se peut même que la constitution du sujet s'améliore pendant cette période; mais le plus souvent surviennent ou la résorption putride, ou une suppuration abondante, et une fièvre hectique qui emportent le malade.

Ainsi donc, tout en conjurant certains dangers, la méthode de de M. J. Guérin ne les éloignait pas tous; malgré l'annonce des résultats merveilleux, il y avait encore des insuccès. Qu'est-ce que cela prouvait? C'est que la guérison ne réside pas dans l'évacuation du pus. M. J. Guérin a bien compris cela; il a appelé les ponctions à son secours pour arriver à la guérison par résorption. Seconder, par des remèdes internes, les efforts réparateurs de la nature, laisser à ce travail naturel le temps de s'accomplir en éloignant les dangers du côté de l'abcès, c'était faire preuve d'une thérapeutique intelligente et habile. En même temps donc qu'il agissait d'une manière si ingénieuse et si heureuse à la fois sur l'abcès, M. J. Guérin ne perdait pas de vue la maladie principale, il soumettait son malade à un régime tonique, usait des révulsifs, des purgatifs, de tous les moyens enfin qui pouvaient modifier la vitalité des parties molles, et activer le travail d'absorption.

C'est l'association de ces deux moyens qui constitue, à nos yeux,

la supériorité de cette méthode sur toutes celles qui ont vu le jour avant ou après elle. Cette supériorité est attestée par des faits ; or, si, en chirurgie, il faut compter avec les faits et non avec les théories, encore faut-il que ces faits ne heurtent pas la raison. Quoi de plus logique que la marche de ce traitement ? Le mal a résisté au traitement de la résorption ; l'abcès augmente : par des ponctions successives on diminue l'étendue du foyer ; partant, la quantité de pus exhalée sera moins abondante ; en même temps, la médecine emploiera ses derniers efforts pour combattre la maladie osseuse et activer la faculté d'absorption. Nous rechercherons tout à l'heure si la méthode des injections iodées a imaginé quelque chose de plus sensé.

Mis en demeure d'intervenir dans un abcès par congestion, c'est à la méthode des ponctions successives sous-cutanées que nous aurions recours. Cette préférence, dont nous venons de donner les motifs, s'appuie en outre sur quelques faits, les seuls cas de guérison d'abcès par congestion auxquels il nous a été donné d'assister.

Obs. 1. Entré le 30 mai 1854 à l'hôpital Beaujon, service de M. Robert. G... (Jean), âgé de vingt-cinq ans, maréchal. Santé habituellement bonne, les premières atteintes du mal qui l'amène remontent à trois ans. A cette époque, il commence à ressentir de vives douleurs dans la région lombaire, il indique un point qui correspond à la troisième vertèbre lombaire. Absence de cause appréciable, pas d'habitude vicieuse, pas de chute. Cet état de souffrance alla toujours en augmentant, de la faiblesse dans les membres inférieurs vint s'y joindre ; le malade dut abandonner son travail il y a dix-huit mois. Il y a quatre mois, un matin, en se levant, il s'aperçut de la présence dans l'aine, du côté droit, d'une tumeur grosse comme une noix, tout à fait indolente. Cette tumeur s'accrut insensiblement, sans réveiller plus de souffrances, en sorte que ce malade ne consulta pas de médecin ; puis, effrayé de son accroissement continuel, il alla consulter M. Velpeau. Il entra à la Charité ; mais quelques jours après, M. Velpeau le renvoya, lui disant qu'il ne voulait pas entreprendre de traitement, et qu'il serait peut-être dangereux de le faire. C'est alors que le malade est adressé à M. Robert.

C'est un homme à système musculaire assez développé, au teint coloré ; l'auscultation et la percussion montrent une poitrine en bon état ; tube digestif très-sain ; la région inguinale droite offre une tumeur oblongue de dehors au dedans, faisant une saillie considérable, indolente, sans changement de couleur à la peau, exempte d'adhérences ; elle remplit tout l'espace compris entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et la crête pectinéale. En fléchissant les membres inférieurs, et déprimant la paroi abdominale relâchée, on sent la tumeur s'étendre dans la fosse iliaque et s'y prolonger ; en haut on perd sa trace ; fluctuation très-évidente ; du côté de la colonne vertébrale, pas de déformation, mais douleurs profondes au niveau des troisième et quatrième vertèbres lombaires. Le malade se plaint surtout de faiblesse des membres inférieurs ; il marche péniblement.

Le 2 juin. Deux moxas de chaque côté du point douloureux. Au bout de quel-

ques jours, les douleurs ont beaucoup diminué; la tumeur sera traitée par les ponctions successives ; instruments de M. J. Guérin. — Bonne nourriture, quinquina ; ventre tenu libre par des laxatifs et purgatifs ; bains sulfureux.

Le 15. Première ponction : évacuation d'un pus inodore, jaunâtre, 400 grammes ; la plaie est réunie à l'aide du collodion.

La poche se remplit rapidement ; pas de fièvre ni de frisson.

Le 16. Deuxième ponction ; on évacue 300 grammes de pus.

Le 21. Troisième ponction ; 200 grammes de pus, sans odeur, plus liquide ; ces ponctions ne sont suivies d'aucun accident ; les plaies se réunissent rapidement ; les moxas suppurent; état général très-bon ; deux moxas.

Le 5 juillet. La poche s'est remplie plus lentement ; on évacue 250 grammes de liquide, qui est mélangé de flocons albumineux qui plusieurs fois ont gêné sa sortie; les mouvements des membres inférieurs sont plus libres, le malade se promène un peu dans la salle.

Le 15. La reproduction du pus est moins rapide ; la poche est moins développée. fluctuante, mais sans tension ; on évacue 150 grammes de pus ; deux nouveaux moxas.

Le 12 août. Une ponction qui donne 125 grammes de pus ; pas le moindre accident; état général excellent.

Le 20 septembre. La poche n'a plus que le volume d'un gros œuf ; la fluctuation est difficile à percevoir à cause de la situation profonde de la tumeur ; le trocart donne issue à trois cuillerées de pus.

Le malade sort le 6 octobre, guéri. On ne trouve plus dans la fosse iliaque droite qu'une petite tumeur solide, du volume d'un petit œuf ; plus de douleurs lombaires ; les forces sont revenues, le malade se sent capable de reprendre son travail.

Voici un fait qui m'est communiqué par mon excellent collègue M. Guyot.

Obs. II. C'est une jeune femme de trente ans, entrée à l'hôpital Beaujon en juillet 1850. Elle a toujours joui d'une santé excellente ; seulement elle est exposée, par les travaux aux champs, aux vicissitudes atmosphériques. Vers la fin de 1848, douleurs lombaires; néanmoins elle continue son travail. Six mois après, elle s'aperçoit de la présence d'une tumeur à la partie supérieure et interne de la cuisse droite. Cette tumeur était indolente, molle ; elle prit rapidement le volume énorme d'une tête de fœtus à terme. M. Velpeau ne voulut rien entreprendre de chirurgical.

A son entrée, on constate que la tumeur, resserrée à son passage sous l'arcade crurale, se continue dans la fosse iliaque ; celle-ci était distendue à ce point, que la malade éprouvait des difficultés pour incliner le tronc en avant. Tumeur très-fluctuante, la toux la fait rebondir ; abcès en bissac au niveau de la partie inférieure de la région dorsale ; une douleur fixe, profonde, sur la ligne médiane.

Le diagnostic n'était pas douteux, c'était un abcès par congestion.

Le 28 mars. Application de deux moxas sur les côtés du point douloureux du rachis. Après quelques jours, les douleurs ont beaucoup perdu de leur intensité. — Traitement général tonique ; bains sulfureux.

Le 30. Première ponction, avec le trocart de M. J. Guérin, à la partie inférieure de la tumeur ; on retire 950 grammes de pus blanc, de bonne nature ; aucun trouble de santé.

Le 6 avril. L'abcès est beaucoup plus petit que lors de l'entrée de la malade; on retire 600 grammes d'un pus un peu plus liquide; cicatrisation de la plaie.

Le 12. Troisième ponction, issue de 300 grammes d'un pus gris rougeâtre. M. Robert attribue cette coloration à une légère exhalation sanguine.

Le 24. Quatrième ponction, 200 grammes de pus.

Peu à peu, la partie intra-abdominale de l'abcès s'était vidée, il y avait conversion en un trajet étroit; plus tard, il devint impossible de faire refluer le pus.

Dans les premiers jours de mai, deux autres ponctions. A une septième ponction, il ne sortit qu'un peu de sang; on avait évacué en tout 2,400 grammes de pus.

La malade est restée six semaines dans le service, pas un seul accident n'a paru. Elle sort de l'hôpital dans un excellent état, ne conservant de la tumeur qu'un empâtement assez dur, peu volumineux.

Le 15 octobre, six mois après la sortie, M. Robert reçoit des nouvelles de la malade; la guérison s'est maintenue, la santé est excellente.

Obs. III. Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, au teint pâle, figure amaigrie, constitution faible, d'apparence extérieure très-grêle pour son âge. Il entre, à la fin de janvier 1856, à l'hôpital Lariboisière, service de M. Voillemier.

Il nous raconte qu'il y a un an il a commencé à ressentir des douleurs assez vives en arrière, à quelques centimètres en dehors de la colonne vertébrale, vers les dernières côtes; en même temps, il sentait ses forces diminuer.

Il y a trois mois qu'il s'est aperçu de la présence d'une grosseur dans la fosse iliaque gauche; il ne ressentait, du reste, aucune douleur en cet endroit; il ne vit pas de médecin, et c'est l'augmentation de volume de cette tumeur qui l'a poussé à venir réclamer des soins.

Etat général affaibli; le malade avoue des habitudes vicieuses; rien d'appréciable du côté de la colonne vertébrale, pas de déformation, ni de douleur à la percussion; la pression réveille des douleurs à 5 centimètres en dehors des apophyses épineuses, au niveau des deux dernières côtes, à gauche, dans un point circonscrit; rien de sensible au toucher, rien du côté des membres inférieurs; en déprimant légèrement la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque interne du côté gauche, on trouve une tumeur arrondie faisant une saillie assez forte; la fluctuation y est très-sensible.

Il était permis de supposer, et par la douleur et par le siége de l'abcès, qu'une altération des dernières côtes avait déterminé la formation du pus, qui avait glissé jusque dans la fosse iliaque.

Le malade est mis à un régime tonique: vin de quinquina, pilules de fer, huile de foie de morue.

Dans le courant de février, l'abcès prend plus de volume. Le 12, on aperçoit un point rouge vers la crête iliaque, la peau est amincie. M. Voillemier pratique une ponction sous-cutanée; il évacue près de deux litres d'un pus blanc, peu épais, avec quelques grumeaux.

La plaie se ferme bien, aucun accident ne suit la ponction; on insiste sur le régime; le pus se reproduit, mais en quantité moindre, et, le 2 mars, on pratique une nouvelle ponction qui donne issue à 750 grammes de pus.

Pas d'accident, la plaie se ferme: pendant un mois, diarrhée très-abondante qui affaiblit beaucoup le malade; puis ces troubles cessent, les forces reviennent assez vite.

Le 14 avril. Troisième ponction qui ne donne issue qu'à 200 grammes de pus; la tumeur avait beaucoup diminué, elle est aplatie dans la fosse iliaque.

Plus de ponctions; il se reproduit un peu de liquide qui disparaît insensiblement; à la place de la collection purulente, on trouve un empâtement circonscrit dans une petite étendue, le point douloureux des côtes a disparu.

Le malade sort le 28 avril, dans un très-bon état.

Nous le revoyons le 15 mai; plus de traces de l'ancienne affection, santé générale bonne; tout annonce une guérison durable.

Voilà des faits qui sont bien intéressants à plusieurs titres; d'abord à cause de l'énorme quantité de pus qui a été évacuée, puis par le mode de la guérison, laquelle paraît s'être faite par une sorte de tarissement de la source du pus, c'est-à-dire la résolution de la maladie osseuse, la diminution de la sécrétion morbide de la poche, et la résorption des derniers produits de sécrétion.

Nous voyons donc que, dans cette méthode, les ponctions doivent être renouvelées à des intervalles plus ou moins longs, selon la promptitude avec laquelle le pus se reproduit. On observe alors que la collection est de moins en moins volumineuse, preuve évidente que les parois de la poche reviennent sur elles-mêmes avec énergie, et que le pus n'est plus exhalé avec autant d'abondance.

Dans ces trois faits, aucun accident n'est survenu, la cicatrisation des piqures s'est toujours opérée; mais chez des sujets faibles il se peut qu'une plaie reste béante, et il est alors très-remarquable que les accidents sont d'autant plus légers que ce nombre de ponctions a été plus considérable, ce qui tient probablement à la diminution d'étendue du foyer, à la sensibilité devenue moindre. Ce que le chirurgien doit redouter par-dessus tout, c'est l'établissement d'une fistule; ce procédé de M. Jules Guérin nous place dans les conditions les plus favorables pour éviter ce danger; ce n'est pas là son moindre bienfait. (*La fin à un prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formules diverses.

Emplâtre contre les plaies suppurantes (Oporti).

Pr.	Noir de fumée........................	100 grammes.
	Extrait thébaïque....................	1 gramme.
	Créosote..............................	Q. S.

On mêle intimement toutes les substances, qu'on applique immédiatement sur les plaies.

Liniment calmant (Thiry).

Pr.	Huile de jusquiame noire............	40 grammes.
	Chloroforme.......	5 grammes.
	Laudanum de Sydenham............	5 grammes.

Mêlez pour frictionner trois fois dans la journée.

Opiat antiblennorrhagique (Bourgeois de Faverdas).

Pr.	Copahu, cubèbe en poudre, de chaque..	60 grammes.
	Cachou en poudre...................	30 grammes.
	Acétate de potasse..................	20 grammes.
	Camphre dissous dans q. s. d'éther....	5 grammes.
	Essence de menthe pour aromatisez.....	Q. S.

Pour aromatiser.

F. S. A. un opiat, que l'on administre à la dose de 3 à 6 cuillerées à café par jour dans du pain azyme convenablement humecté dans de l'eau.

Cette formule, que je vois employer journellement depuis douze ans dans la blennorrhagie aiguë ou chronique, sans tisane aucune, dit M. Bourgeois, réussit très-bien.

Baume contre le goître (Tonrraud).

Pr.	Savon animal.......................	50 grammes.
	Chlorure de sodium et d'ammonium.....	20 grammes.
	Alcool à 85°........................	225 grammes.
	Teinture d'iris......................	25 grammes.

On fait dissoudre le sel double dans l'alcool, le savon dans le soluté au bain-marie, on filtre et on distribue en flacons, que l'on bouche immédiatement. De cette manière, on évite la cristallisation radiée.

Pour frictions et fomentations permanentes. — Elle a été employée avec succès dans un cas rebelle aux autres médications.

M. Tonrraud donne la préparation suivante du chlorure de sodium et d'ammonium :

Pr.	Chlorure de sodium.................	1 gramme.
	Chlorhydrate d'ammoniaque...........	2 grammes.
	Eau distillée.......................	Q. S.

Faire dissoudre à froid les deux sels ; on filtre, on fait évaporer jusqu'à la cristallisation, et on obtient un sel double d'une belle blancheur éclatante et en aiguilles soyeuses.

Emplâtre de proto-iodure de fer (Sauvan).

Pr.	Iode pur............................	1 gramme.
	Limaille de fer porphyrisée...........	2 grammes.
	Emplâtre de poix de Bourgogne........	30 grammes.

Faites fondre l'emplâtre à une douce chaleur, ajoutez la limaille de fer. D'un autre côté, faites dissoudre l'iode dans 10 grammes d'alcool, ajoutez le soluté à l'emplâtre encore liquide ; remuez avec une spatule de fer, jusqu'à ce que la réaction se soit opérée, ce dont on s'aperçoit quand l'emplâtre a passé au brun vert. Alors on l'étend sur la peau, ou l'on en forme un sparadrap qu'on applique en bandelettes sur la partie malade.

Suivant M. Alquié, cet emplâtre serait utile dans les cas de tumeur blanche, d'engorgements lymphatiques scrofuleux. L'expérimentation clinique aurait montré que les résultats thérapeutiques de l'emplâtre au proto-iodure de fer étaient plus marqués, lorsque chacun des éléments du sel étaient mêlés à la matière emplastique ; que lorsque l'on y introduisait le proto-iodure tout formé.

Pommade contre les ulcères scrofuleux (Gosse).

Sous-acétate de plomb liquide......	de chaque 25 grammes.
Huile de foie de morue............	
Jaune d'œuf.....................	N° 1.

F. S. A. Pansez à l'aide de charpie, après l'excision des bords trop amincis.

Solution contre les névralgies dentaires et faciales (Michel André).

Pr. Extrait d'opium, belladone et stramoine, de chaque..	1 partie.
Eau distillée de laurier-cerise..................	12 parties.

Dissolvez et filtrez à volonté.

En ayant la précaution de tenir cette préparation au frais et de verser à la surface 2 ou 4 gouttes d'huile d'amandes douces, elle peut se conserver.

Dose : de 4 à 10 gouttes, suivant l'âge et la sensibilité du sujet ; on la verse dans le conduit auditif. — On bouche ensuite l'orifice de l'oreille à l'aide d'un peu de coton, et on reste quelques minutes la tête penchée du côté opposé au siége de la douleur, afin que le liquide séjourne au fond de l'oreille.

De l'association de l'iode et du calomel.

On connaît sous le nom de poudre de Malin, dit M. Lebeau, un mélange de 1/12 de gramme d'iode et de 1/2 gramme de calomel. La poudre de Schartz se compose de : iode, 5 centigrammes ; calomel et digitale en poudre, 40 centigrammes de chaque.

C'est cette dernière formule que j'ai exécutée dans la poudre de digitale ; j'avais ajouté 50 à 60 centigrammes de sucre pour opérer

plus facilement la division et le mélange. Je fus très-surpris de voir le mélange prendre une couleur d'un rouge tout à fait semblable au biiodure de mercure ; je supposai alors que mon calomel contenait du bichlorure de mercure ; il n'en contenait pas cependant.

Cette poudre porte les mêmes caractères que le biiodure ; à peine soluble dans l'alcool et laissant une poudre jaune, quand elle est soumise à la chaleur sur un papier, la couleur rouge reparaît moins facilement par le frottement du doigt ; sur le papier soumis à l'ardeur du charbon enflammé il se produit du chloro-iodure de mercure ou sel de Boutigny.

Il faut être très-prudent pour les doses, lorsqu'on prescrit l'association de l'iode avec le calomel, et toujours considérer le produit résultant comme aussi actif que le biiodure de mercure et l'administrer aux même doses que lui.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observations sur l'amylène. — Règles pour l'administration des agents anesthésiques [1].

Dès que l'amylène a été introduit dans la thérapeutique chirurgicale par M. John Snow, les opérateurs français ont voulu constater les effets du nouvel agent anesthésique. MM. Debout, Tourdes, Giraldès ont répété les expériences anglaises et en ont confirmé toute la véracité. En présence de faits si importants soumis à l'appréciation des chirurgiens, l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier devait apporter son contingent. Tandis qu'en d'autres lieux les cas de mort par l'éther, surtout par le chloroforme, se sont multipliés, on n'a pas eu à déplorer un semblable malheur. Dans cet hôpital l'éther et le chloroforme n'y sont jamais devenus des agents funestes ; malgré cela, tout ce qui touche à l'anesthésie y est accueilli avec empressement. L'amylène que M. le professeur Bouisson a employé le premier à Montpellier, devant les nombreux élèves qui suivent sa clinique, gardera parmi les agents anesthésiques le rang qu'il vient de conquérir, et dont quelques chirurgiens voudraient déjà le déposséder. Maniée avec prudence, conformément aux règles tracées par l'auteur du *Traité de la méthode anesthésique*, pour l'administration de l'éther et du chloroforme, la nouvelle substance est appelée à rendre des services spéciaux. Etablir les indications qui légi-

[1] Clinique de M. le professeur Bouisson, de Montpellier.

timent son emploi, la comparer à ses deux aînées, tel est aujourd'hui le rôle du chirurgien. Comme l'éther et le chloroforme, l'amylène a eu ses succès; comme eux il est susceptible d'emploi chirurgical, obstétrical et médical; comme eux il peut avoir ses revers : le parallèle n'est-il pas justifié par une extrême analogie?

Les chirurgiens, émus par les accidents attribués au chloroforme et même à l'éther, ont recherché des substances anesthésiques moins dangereuses. La plupart, reconnaissant à l'éther une innocuité relative, ne lui reprochaient que la lenteur de son action et ils demandaient un agent intermédiaire. On sait que M. Jackson, l'inventeur de l'éthérisation, a proposé un mélange d'éther et de chloroforme; il prétend ainsi obtenir tous les avantages et éviter tous les inconvénients (1). Plus tard, M. le docteur Cellarier, sans paraître avoir connaissance des travaux de Jackson, a proposé le même mélange. D'autres substances, telles que les éthers hydrochloriques, acétique, nitreux et nitrique, l'aldéhyde, le chlorure d'hydrocarbone, le formométhylal, la benzine et le bisulfure de carbone ont aussi été conseillées; mais elles n'ont pas présenté une supériorité suffisante pour détrôner le chloroforme et l'éther. Parmi elles pourtant, il en est une qui mériterait de sortir de l'injuste oubli dans lequel on la laisse, je veux parler du formométhylal. Des essais tentés sur les animaux par M. le professeur Bouisson l'autorisent à placer ce corps, sous le rapport de son activité anesthésique, entre l'éther et le chloroforme. Plus prompt dans ses effets que le premier, moins dangereux que le second, il marque le second degré de la puissance anesthésique; il établit une transition importante à considérer et qui pourrait devenir la source d'utiles applications (2). M. le professeur Bouisson se propose sous peu d'employer le formométhylal, quand il en aura d'assez pur à sa disposition.

L'anesthésie locale, sur laquelle on semble vouloir actuellement revenir, reste encore bornée dans le champ de la physiologie expérimentale, malgré les applications réitérées qu'on a essayé d'en faire à la thérapeutique. Il paraît bien démontré que ce mode d'administration des vapeurs anesthésiques est tout à fait insuffisant pour amener le degré d'insensibilité qu'exigent les manœuvres opératoires.

L'amylène apparaît et tous les désirs des chirurgiens vont, dit-on,

(1) Trousseau et Pidoux, Traité de thérapeut., t. II, 4e édit., p. 167.

(2) Bouisson, Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique, chapitre VII.

être comblés. En effet, rapidité étonnante d'action, innocuité, tolérance parfaite, bien plus, absence des effets secondaires, c'est-à-dire disparition absolue de l'ivresse et de l'affaissement anesthésiques dès que les inhalations sont suspendues, tels sont les échos qui nous arrivaient de Londres, de Paris et de Strasbourg.

A Montpellier, on avait un motif spécial d'expérimenter l'amylène avec empressement et confiance, puisque ce corps a été découvert, en 1844, par un de nos compatriotes, M. Balard de l'Institut; c'est le 15 mars dernier que M. le professeur Bouisson fit les premiers essais d'anesthésie amylénique, avec un succès incontestable.

D'autres séances de réduction ont eu lieu pour cette luxation ancienne du coude. M. Bouisson a mis en usage le chloroforme, et cette substance a permis d'atteindre plus complétement le but qu'on s'était proposé.

Deux opérations de tumeur lacrymale furent pratiquées ce jour-là : la première, sur une jeune fille de dix-neuf ans, domestique, très-bien constituée, ayant eu la variole, couchée au n° 18 de la salle Notre-Dame. Cette malade présentait une dacryocystite chronique, laquelle avait résisté à la dilatation par les points lacrymaux et par l'ouverture inférieure du canal nasal; la deuxième sur un jeune homme de vingt et un ans, couché au n° 49 de la salle Saint-Barthélemy, qui était porteur d'une fistule lacrymale consécutive à l'ulcération spontanée des parois du sac. L'opération a consisté dans l'ouverture du sac lacrymal, à l'aide du bistouri de J. L. Petit, et l'introduction dans le canal nasal d'une canule en argent, d'après le procédé de Dupuytren.

Après dix minutes d'inhalation l'opération a été pratiquée, l'anesthésie était complète. La jeune fille n'a pas toussé du tout; elle n'a pas fait le moindre effort pour repousser l'appareil Charrière, dont M. le professeur Bouisson s'était servi, mouvement si fréquent chez les opérés pendant l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme. Elle a paisiblement respiré et a trouvé un très-bon goût aux vapeurs d'amylène. Les premières inhalations ont été accompagnées de quelques sourires, qui ont reparu au réveil, c'est-à-dire dès qu'on a suspendu les inhalations. La période d'excitation a évidemment fait défaut. Les fonctions respiratoire et circulatoire n'ont pas présenté le moindre trouble. Dans la journée, il n'y a eu ni fièvre ni malaise; la malade a cependant vomi quelques glaires une heure après l'opération. Le lendemain, il semblait à la malade qu'il ne s'était rien passé.

Le jeune homme, opéré immédiatement après, n'a pas trouvé à l'amylène une saveur aussi agréable; de légers mouvements convulsifs, bientôt dissipés, des muscles de la face, ont suivi les premières inhalations. A part cela, les choses se sont passées comme dans l'opération précédente; mais, dans le courant de la journée, le malade suppliait l'interne de service de lui ôter le mauvais goût qu'il avait à la bouche, et qu'il comparait au goût d'une *fumée huileuse*. Dans la soirée, ce mauvais goût avait disparu.

Le 26 mars, un jeune ouvrier de dix-neuf ans, couché au n° 20 de la salle Saint-Gabriel, a été opéré d'un ongle incarné du gros orteil par l'avulsion, à l'aide de pinces à dissection, des deux lambeaux de l'ongle préalablement divisé à l'aide de ciseaux forts et pointus, introduits jusqu'à la racine. L'opéra-

tion, pratiquée après sept minutes et demie d'inhalation, a duré une minute. Le malade n'a absolument rien senti. Il a trouvé l'amylène sans saveur et n'a pas eu de fièvre dans la journée.

Le 27 mars, l'amylène a été employé pour une tentative de réduction d'une luxation du coude, datant du 2 janvier 1857. L'opéré, encore couché au nº 59 de la salle Saint-Barthélemy, est un homme robuste, d'un tempérament nervoso-sanguin, dans la force de l'âge, habitué aux alcooliques. L'anesthésie n'a été obtenue qu'au bout de quatorze minutes avec 40 grammes d'amylène; elle a été incomplète et accompagnée d'une période d'excitation presque aussi forte que celle occasionnée par l'éther. Au réveil, le malade a été très-agité; néanmoins il n'a pas souffert pendant qu'il était soumis aux tentatives de réduction, lesquelles ont été pratiquées suivant le procédé ordinaire. Des aides faisaient l'extension en tirant l'humérus directement en haut et parallèlement à l'axe du corps, tandis que d'autres aides tiraient l'avant-bras en bas, en même temps qu'ils lui imprimaient de légers mouvements d'adduction et de flexion en avant. Le chirurgien dirigeait les mouvements des aides et cherchait à obtenir la coaptation. L'amylénation fut continuée pendant l'opération, qui dura environ dix minutes. Les tissus fibreux ne subirent qu'une distension insuffisante. L'amylène paraissait ne pas procurer une résolution musculaire aussi intense que l'éther et le chloroforme. Le malade, rapporté à son lit, eut de la fièvre dans la journée et ressentit quelques douleurs articulaires, qui cédèrent à l'application de cataplasmes émollients.

Telle est en résumé l'observation des quatre cas d'amylénation auxquels j'ai assisté à l'hôpital Saint-Éloi. Je vais essayer en peu de mots de mettre en rapport : 1º les effets de l'amylène constatés par M. le professeur Bouisson, avec les effets obtenus à Paris, à Strasbourg et à Londres ; 2º les effets comparés de l'amylène, du chloroforme et de l'éther. Je terminerai par un mot de critique sur l'emploi des anesthésiques en général, à l'occasion du cas de mort attribué à l'amylène, que M. J. Snow, l'inventeur de l'amylénation, et M. Fergusson ont eu récemment à déplorer.

Sous le rapport de la durée, nos résultats n'ont pas été aussi brillants que ceux que M. Debout a plus spécialement fait connaître. Entre ses mains, l'amylène a pu produire l'anesthésie dans l'espace d'une minute et demie, deux, trois, quatre minutes et demie, six minutes. A l'hôpital Saint-Éloi, ce résultat n'a été obtenu qu'après sept minutes et demie au moins d'inhalation. Cette différence paraît surprenante quand on songe que l'amylène, employé par M. le professeur Bouisson, provenait de la même source que celui de M. Debout. — C'est la maison Ménier qui avait fourni la substance aux deux expérimentateurs. M. Balard lui-même a reconnu que l'amylène qui sortait de cette maison était d'une pureté parfaite. Celui que M. Giraldès avait d'abord employé exhalait une odeur repoussante d'urine de chat due à l'emploi de l'acide sulfurique pour la déshydratation de l'alcool amylique, au lieu du chlorure de zinc qui doit être em-

ployé de préférence.— Cependant, à Paris même, l'amylène n'a pas toujours des effets aussi rapides. Chez un vieillard timoré que M. Robert soumit à la taille périnéale pour l'extraction de calculs prostatiques, l'amylénation dura trois quarts d'heure. Une si longue durée n'aurait pas pu évidemment être continuée avec le chloroforme et l'éther.

A Montpellier comme dans les autres hôpitaux, l'innocuité de l'amylène a été parfaitement constatée. Je fais pour le moment abstraction du cas de mort qui vient de se produire, parce que j'y reviendrai à la fin de ce travail. Après l'anesthésie amylénique les malades n'ont éprouvé aucune incommodité consécutive; ils ont promptement repris leurs sens. Ils ont pu manger, en tant toutefois que le permettait la nature de l'opération; ils n'ont jamais vomi pendant l'administration des vapeurs.

Pourrait-on en dire autant du chloroforme et même de l'éther? Le sujet soumis à leur inhalation ne doit-il pas garder la diète avant et après l'opération, à cause des vomissements qui surviennent et du retentissement produit sur l'organisme par le collapsus anesthésique? Examinons les trois agents sous les principaux points de vue qui permettent d'apprécier leurs avantages et leurs inconvénients respectifs.

1° *Qualités physiques.* — L'amylène n'a pour ainsi dire pas de saveur. Son odeur forte et parfois empyreumatique est facilement supportée par les malades, chez lesquels elle n'excite pas ces nausées si violentes que les autres agents déterminent quelquefois. Il l'emporte donc sur l'éther, dont les premières inhalations sont souvent pénibles, et sur le chloroforme, parce qu'il est beaucoup mieux toléré que lui.

2° *Mode d'administration.* — Ici l'éther est relégué au second rang par le chloroforme et l'amylène, qui se placent sur la même ligne. Le premier nécessite pour son administration l'emploi d'un appareil; l'amylène et le chloroforme peuvent être inhalés à l'aide des moyens les plus simples.

3° *Rapidité d'action.* — Les essais de Montpellier conservent la priorité au chloroforme; ceux de Paris la donnent à l'amylène. Entre ces expériences contradictoires prenons un terme moyen, e reconnaissons à l'amylène et au chloroforme une action à peu près également rapide.

4° *Nature des effets produits.* — Les qualités de l'éther, du chloroforme et de l'amylène sont ici bien différentes. L'amylène ne produit qu'une excitation à peine sensible; encore manque-t-elle

souvent. L'opéré respire librement, sans tousser, sans se livrer à ces convulsions cloniques qui accompagnent l'inhalation des premières vapeurs de l'éther. Il n'y a pas non plus cet affaissement comateux secondaire, cette ivresse lourde et prolongée qui suivent l'administration du chloroforme, ni même ce réveil plus gai, cette ivresse expansive, consécutifs aux inhalations éthérées. Le réveil est soudain, et si l'amylénation n'est pas continuée, la conscience reparaît.

Mais ces avantages sont compensés par un inconvénient assez grave. Les effets de l'amylène ne sont pas seulement fugaces, ils sont encore insuffisants pour les opérations qui exigent une résolution musculaire complète. Le malade atteint de luxation du coude, dans l'observation rapportée plus haut, a été soumis depuis à de nouvelles tentatives de réduction, lesquelles ont été beaucoup plus fructueuses; dans ces tentatives, M. Bouisson a eu recours au chloroforme, sous l'influence duquel les tissus fibreux de l'articulation du coude ont subi un relâchement tel que l'avant-bras a pu, pendant les efforts, être fléchi et maintenu à angle droit sur le bras. Ainsi, pour la réduction des luxations anciennes, l'amylène est évidemment insuffisant. Bien plus, à Strasbourg, une amputation de jambe commencée avec l'amylène a dû être achevée avec l'aide du chloroforme; mais ce fait d'insuffisance de l'amylène est contrebalancé par sa réussite entre les mains des chirurgiens de Londres dans la pratique de plusieurs grandes opérations, notamment dans une amputation de cuisse, pratiquée le 7 janvier, sur une jeune fille très-affaiblie, par M. Henri Lee. L'insuccès de Strasbourg et la réussite de Londres constituent un système de faits opposés qui mettent le chirurgien dans l'incertitude. Aussi, convient-il de suspendre encore son jugement sur cet objet. Il faut attendre que de nouvelles expériences nous fixent sur la profondeur de l'action amylénique.

5° *Durée de l'anesthésie.*—L'amylène n'a pas d'effet anesthésique consécutif. L'éther, au contraire, et surtout le chloroforme, continuent leur action après que les inhalations sont interrompues. Avec celui-ci même, la plus grande intensité d'effets n'est réalisée que quelques instants après son administration. Pour peu que le traumatisme opératoire soit de longue durée, il faut nécessairement, quand on emploie le chloroforme, recourir aux inhalations intermittentes et les faire très-courtes. Avec l'éther, elles peuvent être plus fréquentes et plus longues, puisque ses effets acquièrent leur maximum d'intensité pendant l'inhalation même et que celle-ci peut être continuée sans danger pour l'économie plus longtemps que

l'inhalation chloroformique. Mais l'administration de l'éther et du chloroforme a des limites assez restreintes. On ne pourrait pas, sans s'engager à une responsabilité terrible, faire respirer trop longtemps leurs vapeurs. Les inhalations amyléniques pourraient être continuées sans danger beaucoup plus longtemps, puisque le vieillard taillé par M. Robert les supporta impunément pendant trois quarts d'heure. Cette inhalation prolongée ne doit pas être prise pour modèle. Répétons toutefois que l'amylénation doit être continuée, avec une réserve prudente, tout le temps que dure l'opération.

Vouloir trouver une substance anesthésique tout à fait inoffensive est une chimère à la recherche de laquelle il ne faut pas s'attacher. L'anesthésie est toujours un péril, dit avec raison M. Tourdes, quelle que soit la substance dont on fasse usage. On ne doit y recourir que lorsque son usage est formellement recommandé, et suivant des règles particulières. Quand on songe que plusieurs des accidents attribués au chloroforme sont arrivés entre les mains de dentistes pour une opération aussi courte que l'extraction d'une dent, alors qu'il est à peu près impossible de faire allonger le patient, on se demande s'il ne devrait pas être formellement ordonné de réserver les anesthésiques pour les opérations si graves de la chirurgie proprement dite. Les anesthésiques, dit M. le professeur Bouisson, peuvent amener la mort de trois manières : 1° par sidération anesthésique, ce qui explique les morts subites, dont la production est heureusement très-rare ; 2° par asphyxie, genre d'accident aussi moins fréquent qu'on ne l'a pensé et dont il est possible d'ailleurs de prévenir les effets par le mode d'administration que M. Bouisson nomme le dosage physiologique; 3° par syncope, cause de beaucoup la plus fréquente et qu'on retrouve dans la plupart des cas de mort qui ont été publiés. Il est facile de comprendre la gravité de la syncope chez un anesthésié, lequel résiste à tous les moyens usités en pareil cas, puisqu'ils agissent sur la sensibilité. Aussi M. le professeur Bouisson, dans ses leçons orales, a-t-il posé, pour éviter ces complications fâcheuses, quelques règles très-utiles, que je voudrais voir suivies partout, puisqu'il n'est jamais arrivé le moindre accident entre les mains de celui qui les a formulées.

I. *Il ne faut jamais opérer dans la position assise. Le malade doit toujours être couché.* — Ce précepte a pour but d'éviter la syncope qui survient très-facilement chez les individus qui sont assis pendant l'anesthésie. Les inhalations diminuent notablement la tonicité musculaire et les forces du sujet ; il faut donc laisser celui-ci dans le plus grand repos possible.

II. *Il ne faut pas anesthésier pour des opérations courtes et peu douloureuses.*— Cette règle n'a pas besoin de démonstration. Ainsi, l'incision des fistules à l'anus à siége peu élevé peut très-bien être faite sans le secours des anesthésiques, auxquels on pourrait presque appliquer ce qui a été dit de la tolérance de l'économie pour plusieurs médicaments énergiques. En général, les anesthésiques sont d'autant mieux supportés que l'opération est plus longue et plus pouloureuse.

III. *Il faut toujours s'assurer de l'intégrité du cœur et des poumons des sujets que l'on va soumettre à l'anesthésie.* — Cette sage précaution fera éviter beaucoup d'accidents. Jamais M. le professeur Bouisson ne met les inhalations en usage, sans explorer minutieusement la poitrine des malades. Les maladies aiguës et chroniques de la plèvre et du poumon, les lésions organiques du cœur sont pour lui des contre-indications formelles de l'emploi des anesthésiques. Il est évident que les inhalations auront une grande tendance à produire l'asphyxie chez des sujets dont la respiration est déjà gênée par des affections du poumon ou du cœur.

IV. *Il faut pratiquer l'inhalation intermittente.* — Si ces conseils avaient été mis en pratique, MM. Snow et Fergusson auraient-ils éprouvé le triste accident que la presse médicale répète ? L'amylène, cette merveilleuse substance qui supprime la douleur sans fatiguer le malade, est devenu entre leurs mains un agent terrible. Mais ce triste résultat doit-il être attribué à l'amylène ou aux mauvaises dispositions du sujet anesthésié. Nous n'hésitons pas à nous rallier à la dernière supposition, puisque l'autopsie a démontré un emphysème pulmonaire très-intense, une hypertrophie concentrique du ventricule gauche portée à un très-haut degré, et un commencement de dilatation du ventricule droit.

Administré avec la prudence convenable, l'amylène est appelé à rendre de grands services, et nous n'hésitons pas à croire à sa puissance anesthésique et à son efficacité, en attendant que des expériences plus nombreuses permettent de nous fixer sur le rang qui lui est dû parmi les autres substances anesthésiques ([1]).

Docteur A. Espagne,
Chef interne à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi de Montpellier.

([1]) Au moment de mettre sous presse, nous apprenons qu'un nouveau cas de mort par l'amylène vient d'avoir lieu dans un hôpital de Londres, entre les mains de M. Snow. Nous reviendrons sur ce fait, qui nous paraît avoir une signification grave. *(Note du rédacteur en chef.)*

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'angine glanduleuse et *Observations sur l'action des eaux d'Eaux-Bonnes dans cette affection*, précédés de *Considérations sur les diathèses*, par M. Noel Guéneau de Mussy, médecin de l'hôpital de la Pitié et de l'École normale supérieure, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Lorsqu'on lit attentivement l'ouvrage de M. Noël Guéneau de Mussy, il est impossible de n'être point tout d'abord frappé du sentiment de modestie et de probité sévère dont il porte la délicate empreinte. Cette remarque échappe d'autant plus difficilement, que par ce temps de fiévreuse convoitise, d'ardente compétition, il est assez rare que les auteurs, en ce qui touche la modestie surtout, ne laissent percer à travers leurs pages trop diaphanes un sentiment d'une nature tout opposée. Si peu qu'on soit agrégé à une Faculté quelconque, on ne touche pas à une question, sans quelque velléité de refaire la science sur ce point, quand au fond on se tient souvent au-dessous du niveau du courant de la science contemporaine. Qui cependant prétend-on abuser par cet excès de mise en scène, par cette crinoline de la préface? Tout le monde sans doute : mais le vrai, heureusement, c'est qu'on ne trompe personne. En littérature, en histoire, en philosophie même, on s'adresse à tous, et depuis Adam la majorité n'est pas de l'Académie française; mais dans les sciences, les pompons, les bibelots de la vanité ne sont que puérilité: on est jugé par ses pairs. Ce n'est point parce qu'il en a ainsi jugé que M. Noël Guéneau de Mussy s'est écarté de ce chemin de traverse de la vanité, il n'a fait en cela que suivre la pente naturelle d'un esprit droit et honnête. Ce guide est plus sûr encore, et place surtout l'auteur, vis-à-vis de la critique, dans des conditions qui lui assurent tous les bénéfices de l'impartialité.

En suivant la voie droite que nous venons d'indiquer, M. Guéneau de Mussy commence par reconnaître hautement que c'est à l'enseignement clinique de M. le professeur Chomel qu'il faut faire remonter les notions fondamentales relatives à la détermination morbide nouvelle qu'il étudie sous le titre d'angine glanduleuse. Un des élèves de ce maître habile, M. le docteur Buron, a pris, pour sujet même de sa thèse inaugurale, la même maladie, qu'il décrit sous le nom de pharyngite granuleuse. Enfin, un médecin distingué de New-York, M. le docteur Green, a, dans un traité beaucoup plus étendu, exposé des idées quelquefois erronées, suivant M. Guéneau de Mussy, mais le plus souvent fort justes, sur cette affection. Telles sont les principales sources où, dans l'état de la science, on peut

puiser les notions principales relatives à une maladie fréquente, et qu'au moment même où nous écrivons beaucoup de médecins ignorent, ou au moins qu'ils confondent souvent avec d'autres affections, qui n'ont avec celle-ci que des rapports plus ou moins directs. Le livre de M. Guéneau de Mussy n'eût-il donc pour résultat que de populariser parmi nous des notions précises sur une détermination morbide nettement définie, que beaucoup n'entrevoient que vaguement, qu'il mériterait d'être bien accueilli ; mais l'auteur poursuit encore un but plus élevé, c'est de rattacher cette localisation morbide à une diathèse spéciale, dont elle n'est qu'une contingence, et de montrer que le plus sûr moyen de lutter efficacement contre cette maladie, c'est de s'appliquer à combattre la diathèse dont elle est l'expression. C'est là, en effet, que se trouve la conception originale de ce livre, et c'est par là que l'auteur aborde l'intéressante monographie qu'il vient de publier.

Empruntant à M. Fontan une expression heureuse, l'herpétisme, M. Guéneau de Mussy désigne sous ce nom la disposition générale de l'organisme, sous l'influence de laquelle on voit se produire, avec la ténacité qui les caractérise, un certain nombre d'états morbides, chroniques ou aigus de la peau. Mais l'anatomisme, en ne s'occupant guère que du traumatisme externe qui les constitue, a faussé une notion de pathogénie qui a eu longtemps cours dans la science, et qu'une étude attentive des choses de la pathologie démontre parfaitement fondée. « On reconnaît, dit excellemment l'auteur, que des affections des membranes muqueuses peuvent alterner avec des affections cutanées ; on voit souvent des dartres, des catarrhes pulmonaires, des diarrhées rebelles se succéder, se remplacer d'une manière si marquée, qu'il est difficile de ne pas admettre une connexion entre ces diverses manifestations. Mais quelle est la nature de ce rapport ? Dira-t-on que ces différents états morbides, indépendants les uns des autres, se succèdent fortuitement ; ou qu'une fluxion développée sous l'influence de causes accidentelles fait cesser, par un antagonisme de dérivation, une fluxion plus ancienne, fixée sur un autre organe ? Ou bien doit-on reconnaître qu'il y a entre ces phénomènes un lien pathogénique, qu'ils dérivent d'une même origine, qu'ils manifestent une même diathèse ? Ici la démonstration rigoureuse est impossible ; mais, sans pouvoir y arriver, le sens médical sépare ce qu'une analyse superficielle confond : quand on voit se répéter plusieurs fois cette sorte de balancement d'états morbides, occupant des siéges divers ; quand la maladie interne, qui a remplacé la maladie externe, dépasse, dans sa durée, les limites habi-

tuelles d'une maladie accidentelle, on peut, ce me semble, sans dépasser les conséquences d'une sage induction, admettre que, derrière ces manifestations, se cache, *se larve*, pour parler le langage pittoresque de l'ancienne médecine, une même cause morbifique, une même disposition pathogénique de l'organisme, une diathèse, en un mot, origine et *substratum* de ces différents désordres. » Sauf le mot *substratum,* qui ne saurait s'appliquer à une cause, à un *enormon,* à une modalité de la vie, tout ce passage est net, précis, vrai. Nous voudrions que chacun se pénétrât profondément des idées saines qu'il met en plein jour, et s'en inspirât surtout, pour juger une foule de questions, qui se posent tous les jours dans la pratique, et dont la solution commande celle-ci par les lois d'une logique invincible.

Cette vue, M. Guéneau de Mussy ne se contente pas de l'exposer doctrinalement, il en démontre la vérité, autant que son expérience le lui permet, par l'observation. Dans la longue série de faits qu'il rapporte, l'auteur remonte plus ou moins loin dans la vie antérieure des malades, il parvient souvent à saisir des traces de la diathèse herpétique qui, après avoir fait peser sa servitude sur l'appareil tégumentaire externe, finit par retentir sur la peau intérieure, et y traduire son influence par l'angine glanduleuse. Nous avons lu avec attention l'ouvrage de M. Guéneau de Mussy, en nous tenant surtout au point de vue doctrinal que nous venons de rappeler, et qui, comme nous l'avons dit déjà, constitue la principale originalité de la monographie dont nous parlons ; et nous pouvons affirmer que, si cette conception est erronée, elle a au moins toutes les apparences de la vraisemblance. Les anatomistes, les organopathes, les micrographes, nieront cette conception, parce qu'elle échappe à leurs sens nus, ou armés ; mais les médecins, les vrais médecins, ceux qui étudient la vie dans ses actes, et non pas seulement dans son instrumentation, dans les outils qu'elle y emploie, seront fort tentés de se rallier à une doctrine qui seule rend véritablement raison des choses.

Nous nous sommes un peu étendu sur ce point, parce qu'il est capital; il ne nous reste plus d'espace que pour dire quelques mots du reste de ce livre substantiel. Quand on traite d'une maladie, jusque-là peu étudiée, la partie de la monographie, qui est relative à la symptomatologie de cette maladie, est une de celles qui exigent de l'auteur le plus de soin, le plus d'attention, et qui commandent en même temps un talent didactique réel. M. Guéneau de Mussy ne s'est point montré au-dessous de cette tâche : écrivain habile, correct, il a parfaitement traduit la maladie dans l'ensemble de ses

caractères, dans la succession de ses diverses périodes. Quand on a lu attentivement une description nosographique aussi exacte, on sait la maladie. Nous ferons les mêmes remarques sur les chapitres qui ont trait à la prophylaxie et au traitement de la maladie. Les indications sont clairement formulées, et les moyens propres à les remplir sont judicieusement appréciés. Il y a ici une part à faire à la lésion locale et à la diathèse particulière qui la gouverne; la médication qui doit conduire à ce double but est compendieusement exposée. Les eaux d'Eaux-Bonnes, que M. Guéneau de Mussy paraît avoir étudiées d'une manière particulière, comme pour suppléer au silence majestueux du dieu muet qui règne là, constituent la partie la plus essentielle de cette médication. Notre auteur rattache ingénieusement l'heureuse influence de ces eaux sulfureuses dans l'angine glanduleuse à la doctrine de l'herpétisme, qu'il a si brillamment développée dans le cours de son important ouvrage.

En un mot, si la science comptait beaucoup de monographies de cette portée, le rêve d'une encyclopédie médicale serait facile à réaliser, en tant au moins qu'il s'agirait de la pathologie médicale. Nous tenons cet éloge pour le plus complet que nous puissions faire de l'ouvrage de notre honorable et savant confrère, M. Noël Guéneau de Mussy. Aussi n'ajouterons-nous rien de plus à ce que nous venons de dire.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Dyspepsies liées a des affections chroniques du thorax et de l'abdomen; indication spéciale de l'emploi de l'acide chlorhydrique. — Il est peu d'agents de la matière médicale que la thérapeutique n'emprunte pour combattre les dyspepsies; et comme si ces moyens d'action n'étaient ni assez nombreux, ni surtout assez divers, les iatro-chimistes sont venus y ajouter en ces dernières années les acides. Les physiologistes ont démontré que l'estomac, au moment de la digestion, contenait de l'acide lactique, de l'acide chlorhydrique, etc. De là l'idée de donner à l'estomac l'équivalent de l'acide qui pourrait lui manquer. Les essais ont été tentés principalement en Angleterre, et comme l'acide lactique domine dans l'accomplissement de la fonction physiologique, c'est par lui que les expérimentateurs ont débuté. Depuis, un médecin français, M. Caron, a cherché à démontrer par des faits que l'emploi de l'acide chlorhydrique fournissait de meilleurs et de plus constants résultats. Quelle était l'indication spéciale de ce mode de traitement? C'est ce

qu'aucun des expérimentateurs n'avait encore déterminé. M. le professeur Trousseau, appelé à étudier cette médication, a cherché à combler cette lacune. Pour le sagace thérapeutiste, l'emploi des acides est indiqué dans les formes de dyspepsies liées à des affections chroniques du thorax et de l'abdomen. Voici quelques-uns des faits que, dans une de ses dernières leçons cliniques, M. Trousseau citait à l'appui de la conclusion qu'il venait de formuler.

Obs. I. Une jeune femme, couchée au n° 9 de la salle Saint-Bernard, était entrée pour une colite très-grave, avec excrétions glaireuses, sanglantes, qui déterminèrent un avortement. On constata une hypertrophie considérable du foie, avec épanchement dans le péritoine. La malade resta longtemps dans une situation assez alarmante; cependant la convalescence s'établit. Le foie resta hypertrophié, très-douloureux, et les digestions étaient extraordinairement difficiles. Les alcalins ne produisirent aucun effet avantageux; les accidents persistaient, la diarrhée reparaissait, lorsque M. Trousseau eut l'idée de recourir à l'acide chlorhydrique. Une goutte d'acide prise après chaque repas facilita d'abord un peu la digestion; on augmenta d'une, puis de deux autres gouttes que l'on faisait noyer dans un demi-verre d'eau sucrée. Ces trois gouttes suffisaient pour donner au liquide une acidité aussi prononcée que celle d'une limonade très-chargée. A partir de ce moment, la malade déclara ne plus avoir de pesanteur d'estomac, ne plus éprouver le sentiment de plénitude qui la tourmentait auparavant; elle disait digérer très-facilement. Chose remarquable, le foie diminuait de volume, à mesure que la digestion se rétablissait; cependant la diarrhée persistait, augmentait même. On suspendit l'administration de l'acide pour donner un médicament tout différent, la craie préparée. Cet alcalin fit cesser la diarrhée, mais la dyspepsie reparut; on suspendit de nouveau la mixture alcaline pour reprendre l'acide : la dyspepsie cessa, la diarrhée reprit son cours. M. Trousseau, fort embarrassé, institua une médication en apparence absurde : il faisait donner de la craie au commencement des repas et de l'acide chlorhydrique à la fin. Cette combinaison réussit; la dyspepsie et la diarrhée cédèrent.

Obs. II. Au n° 23 de la même salle se trouve une jeune femme affectée d'une diarrhée chronique opiniâtre ; cette diarrhée l'a rendue anémique. M. Trousseau soupçonne la malade d'être tuberculeuse, quoiqu'il n'ait pas trouvé de signes physiques ni même de signes rationnels dans ses organes pulmonaires. Elle avait, en outre, cette forme de dyspepsie caractérisée par une grande plénitude d'estomac, et, suivant son expression, ses aliments ne passaient pas,

semblaient s'arrêter dans l'œsophage. On lui prescrit l'acide chlorhydrique, d'abord à la dose d'une goutte, puis deux, puis trois à chaque repas, et l'on voit alors les digestions s'opérer facilement, et certes les aliments de l'hôpital ne sont pas de premier choix. Pour faire la contre-épreuve, on a interrompu un instant le julep acide; la dyspepsie s'est reproduite; elle a cessé dès qu'on lui a rendu le médicament.

Obs. III. M..., malade, couchée au nº 27, est affectée de tubercules pulmonaires au second degré. Cette affection fait chaque jour de nouveaux progrès, et la malade va s'affaiblissant chaque jour; elle a chaque nuit une fièvre assez vive, des sueurs abondantes; elle avait en outre de la diarrhée et de la dyspepsie; son foie était et est encore hypertrophié, altération propre aux phthisiques. On lui prescrit l'acide hydrochlorique il y a un mois, et, à dater de cette époque, contre toute prévision, bien que la tuberculisation marche rapidement, les digestions sont régularisées et faciles.

Obs. IV. Encore une phthisique. L'affection a semblé un instant enrayée; la malade engraissait; aux craquements humides avait succédé un peu d'expiration prolongée et quelques râles muqueux disséminés; mais, depuis quelque temps, de nouvelles hémoptysies ont eu lieu, les craquements humides ont reparu; à ces accidents s'ajoutait de la dyspepsie. La malade ne digérait pas; quatre, cinq, six heures après ses repas, elle disait sentir encore les aliments sur son estomac. L'acide chlorhydrique la fait digérer à merveille; on suspend pour quelques jours: les digestions redeviennent de nouveau difficiles; on le reprend, et les digestions se régularisent de nouveau.

En présence de ces faits, il est impossible de nier l'action de l'acide chlorhydrique dans le traitement des dyspepsies liées aux affections chroniques du thorax et du ventre, ainsi que le formule M. Trousseau. Doit-on accepter l'explication donnée par les iatrochimistes? Si leur théorie était fondée, l'administration de l'acide lactique devrait fournir de meilleurs résultats; or, l'expérience prouve le contraire: il faut donc abandonner l'hypothèse, que la médication agit seulement en rendant à l'estomac l'acide qui lui manquait. Si le mode d'action nous échappe, le fait nous reste, et il nous suffit. Mais l'indication que pose M. Trousseau est-elle la seule, et les acides doivent-ils être préférés seulement dans les cas de dyspepsies compliquées d'affections chroniques? Un bon nombre des observations publiées semblent prouver que non. Toutefois, c'est un premier pas fait vers la solution de la question; sachons attendre de nouveaux enseignements.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Atrésie vulvaire *par adhésion des petites lèvres; débridement; guérison.* Lorsque, chez une jeune fille arrivée à l'âge de la puberté, mais non encore menstruée, on voit arriver des accidents du côté du bas-ventre, plus ou moins soudainement et sans que rien en vienne donner l'explication, il importe de ne pas oublier qu'ils peuvent être la conséquence d'un vice de conformation congenital ou acquis des organes génitaux, mettant obstacle à l'écoulement menstruel. Le commémoratif de symptômes semblables, le mois ou les mois précédents, serait de nature à frapper vivement l'attention et à mettre sur la voie du diagnostic. Parmi ces vices de conformation, le plus commun serait peut être l'adhésion des petites lèvres, au moins telle est l'opinion de M. Bouchacourt, dans une note dont nous avons rendu compte dans ce journal, adhésion qui aurait été souvent, selon toute probabilité, prise à tort pour une imperforation de l'hymen. Le fait suivant, qui rentre dans cette variété d'atrésie vulvaire, nous paraît utile à signaler.

Une jeune fille de Montfrin (Gard); âgée de dix sept ans, très-développée pour son âge, mais n'ayant pas encore vu paraître ses règles, éprouvait dans le bas-ventre, depuis trois mois, aux mêmes époques, des douleurs qui duraient trois à quatre jours et disparaissaient sans rien laisser à leur suite. Appelé auprès d'elle le 24 avril dernier, le docteur Konarzewski, n'ayant pu avoir d'abord que des renseignements insuffisants, se borna à prescrire des calmants. Mais le lendemain, ces remèdes n'ayant amené aucun soulagement, il provoqua et obtint des explications, à la suite desquelles il procéda à l'examen des organes génitaux. Toutes les parties génitales externes étaient bien conformées; mais l'orifice vaginal se trouvait obturé par une membrane épaisse et résistante qui, énormément distendue par un liquide, formait une tumeur assez semblable à la tête d'un fœtus. L'atrésie résultait, dans ce cas, de l'adhésion des petites lèvres. La méthode opératoire conseillée par M. Bouchacourt et consistant dans le decollement des parties adhérentes par des tractions ménagées et continues (méthode qui, pour le dire en passant, ne nous paraît applicable que dans les cas d'adhésion récente, chez les petites filles); cette méthode disons-nous, n'ayant pu être appliquée, M. Konarzewski débrida avec précaution et donna ainsi issue à un flot très-abondant d'un liquide de couleur et de consistance chocolat. Les accidents disparurent aussitôt; aucun pansement ne fut fait, et le mois suivant, jour pour jour, l'écoulement des règles eut lieu sans aucun symptôme fâcheux. — Nous nous demandons, en terminant, s'il n'eût pas été plus prudent et plus sûr de prendre quelques mesures, fort simples d'ailleurs, pour prévenir une nouvelle adhésion des surfaces divisées, adhésion qui, ce nous semble, aurait très-bien pu se reproduire. (*Gaz. des hôp.*, juillet.)

Diarrhée (*Bons effets des petites doses de guarana dans les cas rebelles de*). S'il est vrai que l'on rencontre certains cas de diarrhée qui résistent aux moyens le plus ordinairement efficaces contre cette affection (et cette proposition n'est douteuse pour aucun praticien), il n'est pas sans importance d'avoir à sa disposition plusieurs médicaments, même quand ils appartiennent ou semblent appartenir à la même classe, afin de pouvoir au besoin les substituer les uns aux autres. C'est dans cette vue que nous avons publié dernièrement quelques lignes, recommandant le guarana ou paullinia dans les diarrhées idiopathiques et même symptomatiques rebelles. A l'appui des propriétés antidiarrhéiques de cette substance, nous ajoutons aujourd'hui le témoignage de M. Dennecé, de Bordeaux, qui déjà, depuis un certain temps, employait le guarana avec succès dans sa pratique civile. Voici quelques faits empruntés à son service nosocomial.

Obs. I. Femme opérée d'un cancer du sein; récidive; diarrhée depuis deux mois; insuccès des opiacés et des astringents; le 15 mars, 4 grammes de guarana en poudre, délayés dans un verre d'eau; la malade refuse de continuer cette potion, à cause de sa saveur; à partir du 17, trois pilules par jour, contenant chacune 15 centigrammes de guarana pulvérisé; diarrhée complétement arrêtée le 20. —

Obs. II. Homme entré pour être opéré de la cataracte; diarrhée depuis longtemps, ayant amené un affaiblissement

et un amaigrissement notables; 45 centigrammes de poudre de guarana par jour, en trois pilules; diarrhée disparue au bout de deux jours. — Obs. III. Homme atteint d'un phlegmon chronique de la main et de l'avant-bras gauches; tout à coup, diarrhée intense et comme colliquative, qui épuise rapidement le malade, déjà affaibli par de longues souffrances, et semble le menacer d'une fin prochaine; à partir du 6 juin, 5 pilules de 15 centigrammes de guarana quotidiennement; diarrhée complètement guérie le 9. — Obs IV. Homme en traitement pour une fracture de jambe; 15 juin, début d'une diarrhée qui devient rapidement très-forte; pilules *ut supra*, trois par jour; flux diarrhéique arrêté le quatrième jour. — Ce qui nous paraît surtout mériter quelques remarques dans ces observations, c'est ce fait que, avec doses très-faibles de guarana, 45 centigrammes par jour, M. Denucé est parvenu à arrêter la diarrhée, tandis que les Brésiliens donnent dans les mêmes circonstances ce médicament à la dose de 4 à 8 ou 10 grammes, et que nous avons été nous-même obligé d'aller jusqu'à 12 grammes et de continuer pendant huit jours pour arrêter la diarrhée chez un phthisique. La question des doses est donc à étudier et nécessite de nouvelles observations (*Journ. de méd. de Bordeaux*, juillet.)

Fissure *à l'anus, traitée avec succès par la dilatation forcée à l'aide du* SPECULUM UTERI. Voici un procédé de dilatation forcée de l'anus dans les cas de fissure de cet orifice, qui est fortement recommandé par M. le docteur Pénard, chirurgien principal de la marine, comme donnant de très-bons résultats; il consiste dans l'emploi, pour opérer cette dilatation, du *speculum uteri*. Donnons l'analyse du cas où il a été mis en usage pour la première fois.

Mme X., âgée de trente-deux ans, d'un tempérament nervoso-bilieux, se trouva atteinte de fissure à l'anus, pour la quatrième fois depuis huit ans, en novembre 1856. L'anus présentait à l'examen plusieurs petites fissures sur le côté gauche, où se trouvait aussi une tumeur hémorrhoïdale ancienne un peu turgescente. Les douleurs étaient très-vives, et tous les moyens employés ayant échoué, cautérisation avec le nitrate d'argent, introduction des mèches enduites de glycérine au tannin, injection de ratanhia, M. Pénard, ayant résolu de recourir à un moyen chirurgical, la dilatation forcée, eut l'idée de pratiquer cette opération à l'aide du *speculum uteri* à deux valves et conique. Le 24 décembre 1856, la malade ayant été anesthésiée, fut couchée sur le côté, au bord de son lit, dans une position convenable. Le *speculum*, muni de son mandrin et bien graissé, fut introduit avec une facilité extrême et ouvert de suite, sans brusquerie toutefois; il fut maintenu ainsi en place, de six à huit secondes, pendant lesquelles une masse de matières solides s'échappa entre les valves de l'instrument, puis il fut retiré enfin, *doucement et toujours ouvert*. L'opération à peine achevée, toutes les douleurs cessèrent, l'anus saigna un peu; le bourrelet muqueux s'engorgea, mais médiocrement; et, au bout de quatre jours, la malade, complétement guérie, put reprendre toutes ses occupations. (*Gaz. méd. de Paris*, juillet.)

Fissure *à l'anus; son traitement par la glycérine au tannin.* Les tentatives ayant pour but de remplacer une opération quelle qu'elle soit, par un moyen emprunté à la thérapeutique médicale, nous semblent toujours mériter des encouragements; et quand ces tentatives ont été suivies de succès, nous nous faisons un devoir d'en rendre compte à nos lecteurs. C'est ainsi que, aux divers modes de traitement non opératoires déjà connus de la fissure à l'anus, nous avons ajouté, il n'y a pas bien longtemps, celui que le docteur Campaignac a institué, et qui consiste dans l'emploi topique de l'onguent de la mère. Cette méthode a réussi dans plusieurs circonstances, et nous en avons rapporté des exemples.

Voici aujourd'hui un autre moyen du même ordre, qui a donné également de bons résultats dans la même affection, c'est-à-dire dans les ulcérations de la marge de l'anus, qui constituent les fissures. Il s'agit de l'application locale du glycérolé de tannin, à l'aide de mèches qu'on introduit doucement dans l'anus, matin et soir. Les malades intelligents peuvent facilement faire eux-mêmes cette petite opération. M. le docteur Van Holsbeck, qui préconise ce traitement, a obtenu la guérison en cinq jours dans le cas qu'il rapporte. Deux précautions nous paraissent être dignes d'attention : c'est 1° de n'employer, surtout au début, que des mèches d'un petit volume, et le motif en est facile à comprendre;

2° de recommander aux malades habituellement constipés de s'attacher à avoir des selles faciles, même après la guérison, afin d'éviter la récidive. (*Presse médicale belge.*)

Frictions *stibiées* (*Dangers des*). Aux inconvénients, déjà signalés par plusieurs auteurs, de l'emploi de la pommade d'Autenrieth dans certains cas, tels que : état fébrile, inflammation gangréneuse de la peau, dénudation des cartilages costaux, carie du sternum, cicatrices vicieuses, il faut ajouter, d'après M. le docteur Bamberger, certains désordres qui, chez les enfants surtout, peuvent se manifester du côté des yeux. L'expérience a appris à notre honorable confrère de Strasbourg que l'introduction de la pommade stibiée sur la surface oculaire est susceptible de déterminer une affection insidieuse, caractérisée par le ramollissement et l'ulcération de la cornée, avec perte de transparence, altérations que rien n'est propre à combattre plus efficacement que l'instillation d'un collyre consistant dans une solution concentrée de nitrate d'argent. Il y a donc lieu, quand on croit absolument nécessaire de recourir, chez les enfants, à l'emploi de la pommade d'Autenrieth en frictions, de faire surveiller leurs mouvements avec le plus grand soin, de peur qu'ils ne viennent à transporter à leurs yeux quelques parcelles de cette préparation irritante. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1857).

Plaie *transversale de la région antérieure du cou intéressant la trachée ; suture entortillée ; guérison.* Les chirurgiens modernes ne sont pas partisans de la suture dans les plaies transversales de la partie antérieure du cou. Dans ces plaies, dit-on, quand elles sont superficielles, la guérison par première intention est fort rare, et une coaptation trop exacte des lèvres de la plaie peut avoir l'inconvénient de retenir les fluides et de donner lieu à une inflammation diffuse, à la gangrène du tissu cellulaire sous-cutané, à des fusées purulentes ; quand elles sont profondes et qu'elles intéressent les voies aériennes, à ces dangers il faut ajouter celui de l'emphysème du tissu cellulaire. C'est Dieffenbach qui a le plus insisté sur ces dangers de la suture dans ces sortes de plaie, surtout chez les suicidés ; aussi proscrit-il ce mode de réunion d'une manière absolue. En France, les principes de Sabatier et surtout de Boyer, qui sont moins exclusifs, sont ceux qui réunissent le plus de suffrages. La suture n'est donc guère pratiquée dans les plaies transversales de la région antérieure du cou, et, quand elle l'est, ce n'est en général qu'avec beaucoup de réserve. Cependant, il y a quelques faits qui ne lui sont pas défavorables, no amment celui de Quissac, de Montpellier (1836), qui, dans une plaie pénétrante très large, appliqua à la fois une triple suture hyo-thyroïdienne et plusieurs sutures cutanées, et qui vit son malade, quoique aliéné et très-indocile, guérir très-rapidement.

Voici un exemple de suture dans une plaie transversale du cou intéressant les voies aériennes, qui a été suivie de bons résultats. Nous ne voulons pas tirer de ce fait un argument en faveur de la suture dans ces sortes de blessures ; l'expérience, et une expérience reposant sur un grand nombre d'exemples, en a trop fait voir les dangers ; mais ce fait, tel qu'il est, montre que dans certains cas, caractérisés par l'absence d'inflammation actuelle et de tendance à l'inflammation dans la plaie, ce mode de réunion peut être appliqué avec avantage C'est aux praticiens d'apprécier les circonstances de chaque fait et de décider si elles sont ou non favorables à cette manière d'agir.

Le docteur Legendre, médecin à Voves (Eure-et-Loir), fut appelé, le 29 juillet 1856, auprès d'un homme qui, dominé par des idées tristes, avait tenté de se donner la mort en se coupant la gorge avec un rasoir. Le blessé était affaibli par l'hémorrhagie, mais il n'avait pas éprouvé de syncope La plaie, assez largement ouverte, s'étendait un peu obliquement de bas en haut, du bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche au bord antérieur du sterno-mastoïdien droit ; son extrémité gauche plus profonde avait perforé la membrane crico-thyroïdienne, qui présentait une ouverture de 1 centimètre de diamètre à travers laquelle on apercevait la paroi postérieure de la trachée ; un peu plus à droite, le cartilage du larynx, legèrement atteint par l'instrument vulnérant, se trouvait à découvert. Le docteur Legendre, redoutant les accidents attribués à la suture, s'abstint de la pratiquer et se borna à faire appliquer des cataplasmes, en recommandant la flexion de la tête. Le 31 juillet, M. Maunoury, de Chartres, fut appelé comme consultant.

Les deux médecins réunis, voyant la plaie en bon état, sans inflammation, se décidèrent à faire la suture, que le blessé désirait vivement. Quatre épingles furent passées dans les lèvres de la plaie, deux à gauche, à 1 centimètre de distance l'une de l'autre, deux à droite, un peu plus espacées; des fils furent entortillés autour, et des bandelettes de taffetas gommé furent appliquées sur le reste de la plaie. Le 2 août, bien que le malade n'eût pas gardé le repos qui lui avait été recommandé et eût même travaillé de son métier de charron, la réunion commençait à se faire au niveau des épingles. Le 4, elle était assez solide à droite, où la plaie avait moins de profondeur, pour que les deux épingles de ce côté pussent être enlevées. Le 7, les épingles du côté gauche purent être également retirées; et le 9, les bords de la plaie se trouvaient partout complétement réunis, excepté au niveau de l'angle gauche, qui présentait une petite fistule. Ce point, qui avait déjà été touché avec le nitrate d'argent, le fut encore ce jour, et le 12, la cicatrisation se trouvait parfaite dans toutes les parties de la plaie. (*Gaz. méd. de Paris*, juin.)

Pustule maligne; *guérison par l'application topique des feuilles fraîches de noyer*. Le tome XLV du *Bulletin de Thérapeutique* renferme, page 91, l'analyse d'un mémoire dans lequel le docteur Pomayrol, en proposant l'emploi des feuilles et de l'écorce fraîches de noyer pour le traitement du charbon et de la pustule maligne, déclarait cette médication aussi efficace contre ces maladies que le sulfate de quinine contre les fièvres intermittentes, et alléguait plus de quarante observations en faveur de ce moyen. Nous crûmes devoir, en rendant compte de ce travail, faire de fortes réserves sur la valeur réelle de cette médication, tant parce que le fait de la contagion, dans les cas rapportés, était loin d'être environné de toutes les conditions de certitude désirables, en raison surtout de l'existence, récemment signalée par M. Van Swygenhoven, de cette variété curieuse de pustule maligne sans malignité réelle, sans contagion, et qui guérit par la simple incision cruciale suivie de l'emploi local des émollients et des narcotiques.

Voici, aujourd'hui, que l'honorable docteur Raphaël, de Provins, jusqu'ici très-sceptique sur le point en question, vient de communiquer à M. Nélaton un fait qu'il a observé lui-même et qui paraît confirmatif de ceux allégués et rapportés par M. Pomayrol. Le traitement, la guérison du charbon et de la pustule maligne sans cautérisation, à l'aide d'un agent aussi simple, aussi facile à se procurer que celui dont il s'agit, seraient une si heureuse conquête que, tout en désirant de toutes nos forces qu'elle soit bien réelle, nous n'osons encore l'accueillir sans réserve et avec une entière confiance. C'est à l'expérience de prononcer; aussi, nous empressons nous de faire connaître le fait à nos lecteurs.

Au commencement de juillet, le docteur Raphaël fut appelé dans une commune voisine de Provins, auprès d'un homme qu'on disait atteint d'un érésipèle de la face, mais qui, en même temps, avait la tête très-grosse, et était enflé jusqu'au bas de la poitrine. Notre confrère eut immédiatement l'idée d'une pustule maligne, et il fut confirmé dans cette opinion, à son arrivée, dès son premier examen.

« Le mal est si avancé, dit-il, qu'il ne peut y avoir le moindre doute. La pustule maligne a son siége sur le côté gauche; les paupières, la joue jusqu'à la tempe en haut, jusqu'au menton en bas, sont couvertes de pustules qui sont assises sur une peau très-tuméfiée, excessivement dure et d'une couleur violacée foncée. Le cuir chevelu, l'autre côté de la face, sont considérablement distendus par de l'œdème. L'œdème violacé des paupières à droite est si considérable, qu'il est impossible de les ouvrir. Les lèvres sont si volumineuses, qu'elles ne peuvent se joindre et que la parole en est gênée. Le cou, en avant et sur les côtés, et plus particulièrement à gauche, est très fortement œdémateux, ainsi que la portie antérieure de la poitrine; le cou et le dessous de la mâchoire inférieure sont durs comme de la pierre. La glotte, ou du moins l'orifice supérieur du larynx, est elle-même œdémateuse. Ainsi, le malade veut cracher ou avaler à chaque instant, et il ne le peut; et quand il parle, on perçoit un bruit de gras, qu'on entend également à chaque respiration. De temps en temps, le malade a des envies de vomir; le pouls est mou, bon et régulier; il s'exhale de la bouche une odeur très-fétide. »

Pour notre confrère, le diagnostic est bien établi, et il ne saurait, dit-il, y avoir de doute, pour peu qu'on soit habitué à voir des pustules malignes. Il a affaire à une maladie de ce genre,

aussi développée que possible dans son état local, arrivée à sa troisième période complète, et commençant déjà à présenter quelques symptômes de la quatrième ; le sujet est d'ailleurs marchand de peaux de moutons, et dernièrement il a acheté des peaux de moutons morts du *sang*, maladie éminemment septique.

L'étendue des lésions était si considérable, que le docteur Raphaël renonça à y appliquer le fer rouge, et allait se retirer en conseillant, dit-il, une pommade quelconque, lorsque les feuilles de noyer de M. Pomayrol lui revinrent en mémoire. Il en appliqua lui-même, après en avoir écrasé la nervure, sur toute l'étendue du mal, sans faire aucune incision, et recommanda de les renouveler toutes les trois heures. Le lendemain, l'œdème était déjà notablement diminué ; le jour suivant, il l'était davantage encore, et les parties dures s'amollissaient ; la glotte était complétement débarrassée ; un suintement d'une grande quantité de sérosité s'était établi sous les feuilles appliquées, et le troisième jour les pustules étaient affaissées, elles n'existaient plus ; la poitrine, le cou étaient rentrés dans leurs proportions ; il ne restait du gonflement que sur les paupières et la joue gauches, avec des plaques qui semblaient être de la gangrène humide. Les feuilles de noyer furent continuées pendant quelques jours, et l'amélioration se confirma. Les plaques d'apparence gangréneuse prirent un meilleur aspect, et le neuvième jour du traitement il n'y avait aucun doute sur la guérison complète et prochaine, car il ne restait que deux petites escarres larges comme une pièce de 50 centimes sur la paupière gauche.

Nous avons rapporté ce fait avec assez de détails, en raison de son importance intrinsèque et de celle qu'ajoute l'assentiment de M. Nélaton à la publication des lettres qui en rendent compte. (*Gaz. des hôpitaux*, juillet 1857).

Seigle ergoté (*Symptômes graves produits par le*). Il n'est pas commun de voir des accidents graves se manifester à la suite de l'administration du seigle ergoté comme agent obstétrical ou antihémorrhagique à la suite de l'accouchement. C'est ce qui nous engage à rapporter le fait suivant.

Une femme d'un tempérament lymphatique et très-grasse éprouvait une perte utérine abondante après un accouchement arrivé à huit mois et qui s'était terminé par l'expulsion d'un enfant mort. M. Trastour administra, par prises de 50 centigrammes, de dix en dix minutes, 5 grammes de seigle ergoté dans l'espace d'une heure, dose qui fut nécessaire, avec des applications froides, pour réveiller la contractilité de l'utérus et arrêter l'hémorrhagie. Quelques heures plus tard, symptômes graves du côté de la circulation générale : figure pâle, lèvres un peu bleues ; battements de la radiale et même de la brachiale imperceptibles ; ceux du cœur faibles, mais réguliers et sans fréquence. La malade accuse des fourmillements, du brisement des membres, et se plaint de ne pouvoir les bouger ; elle éprouve une sensation de froid dans les extrémités, qui sont froides en effet, et dont les ongles sont bleuâtres. D'ailleurs, l'intelligence est nette. Ces symptômes furent combattus avec succès par du bouillon et du vin donnés alternativement, et par quelques cuillerées de sirop thébaïque administrées de deux en deux heures. Au bout de trois jours tout symptôme inquiétant avait disparu ; et, après une convalescence assez longue, la santé s'est parfaitement rétablie. — Mais ne peut-on pas se demander également si c'est bien au seigle ergoté qu'il faut rapporter les accidents, si ce ne serait pas plutôt une conséquence, un peu tardive à la vérité, de la perte de sang ? Avant de jeter du discrédit sur un moyen aussi précieux que le seigle ergoté, nous croyons qu'il serait convenable de bien examiner les faits, et le fait précédent ne nous apporte pas à beaucoup près une conviction complète (*Journ. de la Soc. de méd. de la Loire inf.* et *Gaz. méd. de Paris*, juillet.)

Strychnine (*Nouveau fait à l'appui de l'emploi du camphre comme antidote de la*). On ne connaît pas, jusqu'ici, d'antidote d'une efficacité certaine pour combattre l'empoisonnement par la strychnine. Le soluté d'iodure de potassium iodé, recommandé par M. le professeur Bouchardat, qui paraît être jusqu'ici le plus avantageux, n'étant apte néanmoins qu'à atténuer l'effet du poison et non à le détruire, ne saurait donc mériter une confiance suffisante. Il y a lieu par suite de faire bon accueil aux essais qui paraissent avoir été et pouvoir être suivis de succès, de quelque manière qu'agissent les agents employés, soit

qu'ils puissent être propres à décomposer chimiquement la substance toxique, comme le serait le kermès, d'après M. Thorel d'Avallon (*Bul.*, t. XXXVIII, p. 427), soit qu'ils ne servent qu'à en combattre les effets sur l'organisme, c'est-à-dire les accidents tétaniques, comme le chloroforme (*Bul.*, t. XXXIX, p. 378, et t. XLIII, p. 45). C'est ce qui nous a engagé à faire connaître une nouvelle médication qui paraît avoir été mise en usage avec succès en Amérique, dans des cas d'empoisonnement par la strychnine, et dont voici un nouveau cas de réussite. La manière d'agir du médicament qu'elle emploie semble devoir être rapprochée de celle du chloroforme, surtout si l'on accepte, comme il semble juste de le faire, les idées que M. Fonssagrives a exposées dernièrement dans les Archives, et qui lui font ranger le camphre parmi les stupéfiants diffusibles, à côté du chloroforme, des éthers, etc.

D'après une communication faite à la Société médicale de Buffalo par le professeur Rochester, une personne, âgée de trente-deux ans, ayant pris pour se suicider une quantité de strychnine évaluée à 4 grains, fut apportée à l'hôpital en proie à des convulsions tétaniques. Le docteur Rochester fit appliquer un large sinapisme sur l'épigastre et administrer 2 grains de camphre pulvérisé avec une demi-cuillerée à café de teinture de camphre en suspension dans de l'eau. A peine eut-on appliqué le sinapisme et fait prendre le camphre, qu'un spasme commença, se montrant d'abord dans les muscles cervicaux, puis dans ceux des bras et de la poitrine, produisant ensuite un léger opisthotonos, et enfin, ayant envahi les muscles de la face, tournant les yeux dans les orbites et serrant fortement la mâchoire inférieure. Le pouls était à 88, régulier; la respiration paraissait être entièrement suspendue; on n'entendait aucun murmure respiratoire, mais les bruits du cœur étaient parfaitement perceptibles. Après le paroxysme, qui dura environ trois minutes, le camphre fut donné de nouveau avec addition d'un demi-grain de morphine. Au bout d'une demi-heure, un nouveau paroxysme eut lieu, et dès lors il fut prescrit d'administrer le camphre de quart d'heure en quart d'heure. Les spasmes revinrent encore de temps en temps, mais ils finirent par cesser trois heures environ après l'entrée à l'hôpital. Le jour suivant, le malade était beaucoup mieux, il avait eu du sommeil et il éprouvait de l'appétit. Le camphre, dont la quantité ingérée avait été d'environ 4 grammes, ne produisit aucun accident cérébral ni gastrique.

Le docteur Rochester avait déjà, dans la même année, employé le camphre avec succès dans un autre cas pour combattre les effets de la strychnine; et il croit qu'il n'y a pas moyen de révoquer en doute ses propriétés comme antidote de ce poison. (*Americ. Journ.* et *British and foreign medico-chir. Review* 1857.)

Tumeurs érectiles (*Nouveaux faits à l'appui du traitement des*) *par la vaccination sous-cutanée.* Nous voyons avec satisfaction que l'inoculation du virus-vaccin dans les tumeurs érectiles, comme moyen de faire disparaître ces difformités, prend chaque jour une extension de plus en plus grande. Mais cette inoculation demande à être faite avec certaines précautions, et d'après un *modus faciendi* qui doit varier suivant les cas, et que nous avons rappelé à plusieurs reprises. D'abord, il importe d'éviter l'écoulement du sang qui, en entraînant le vaccin, pourrait faire échouer l'opération. Pour obvier à cet inconvénient, M. Nélaton se sert d'épingles à insectes aussi fines que possible, et, après les avoir chargées de virus (qui doit être pris dans une pustule vaccinale), il les implante en nombre convenable, à une profondeur d'un demi à un centimètre sur le pourtour de la tumeur; chaque épingle bouche le trou qu'elle a fait. On les laisse en place de trois à quatre minutes; après quoi elles peuvent être retirées sans qu'on ait à craindre que le sang entraîne le vaccin. L'action de celui-ci s'étend plus loin que celle des caustiques, et a l'avantage sur eux de modifier plus profondément les tissus sans les détruire, avantage très-important quand il s'agit de nævi sur les paupières, par exemple, où la destruction par les caustiques, outre qu'elle peut laisser une cicatrice difforme, pourrait être suivie d'ectropion. Dans les cas où la tumeur érectile n'a pas été complétement modifiée par le vaccin, on peut en atteindre les restes en y faisant pénétrer, par la circonférence de la cicatrice, de petits cautères rougis à blanc. Mais il est une autre manière d'appliquer le vaccin, qui peut dispenser de recourir à cette cautérisation et qui a réussi à M. Nélaton. Voici comment M. Chail-

lon rend compte de ce procédé dans un cas, non pas de simple nævus, mais de tumeur érectile sous-cutanée d'un grand volume, située à la région parotidienne.

« La tumeur a été traversée par six fils ou sétons, dont quatre suivaient la direction horizontale et les deux autres la direction verticale. Les petits sétons ont été laissés en place pendant huit jours : à l'expiration de ce délai, les trajets étant organisés et le sang ne pouvant plus s'écouler, on a songé à inoculer le vaccin à l'intérieur de ces trajets, tout en préservant leurs orifices du contact du virus; mais on n'eût pas atteint ce double but, en se bornant à confier le vaccin aux fils; ces fils, en effet, eussent laissé à l'entrée des trajets le fluide modificateur, et l'on eût obtenu des pustules apparentes qu'il importait d'éviter. M. Nélaton a levé cette difficulté à l'aide d'un moyen bien simple; il a fait glisser sur chaque fil une canule lacrymale très fine lui servant de manchon, et, grâce à ce procédé, il a été possible d'introduire le vaccin sur le fil, sans agir sur l'orifice que la canule protégeait. Au bout de quatre jours, limite ordinaire du temps de l'incubation, on a vu apparaître une tuméfaction considérable dans toute la masse du tissu érectile, puis tout s'est passé comme dans la vaccine et s'est terminé par la disparition totale de la tumeur, sans laisser d'autre trace qu'une petite cicatrice insignifiante. » (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, juin.)

VARIÉTÉS.

La lunette pan-focale employée comme ophthalmoscope,

Par M. I. Porro.

Dans les ophthalmoscopes connus jusqu'à ce jour, on s'est proposé :

1° D'éclairer le fond de l'œil du malade au moyen d'un miroir convergent qui y jette une vive lumière ; 2° De grossir les détails intérieurs avec une loupe.

Mais la lumière réfléchie par le miroir est trop vive pour le malade ; elle paraît pourtant insuffisante à l'opérateur ; la loupe ne permet pas de voir distinctement le fond de l'œil, elle permet tout au plus de voir dans les régions peu profondes de l'humeur vitrée. Aussi les ophthalmoscopes basés sur l'emploi de la loupe ne permettent de rien voir dans un œil sain, et à l'état morbide ils ne permettent pas de tout voir. Pour la même raison que, dans la vision naturelle, les images des objets extérieurs très-éloignés vont se peindre au foyer de l'œil, la lumière provenant d'un point situé au fond de l'œil en sort convergente vers des points très-éloignés, et non pas divergente comme elle devrait l'être pour l'usage de la loupe.

Je pense que la lunette pan-focale que j'ai eu autrefois, et pour un tout autre but, l'honneur de présenter à l'Académie des sciences, constitue le meilleur des ophthalmoscopes. Quel éclairage serait plus convenable que l'éclairage gradué que j'emploie pour rendre visibles les fils micrométriques par la réflexion sur la surface des corps transparents ? Cet éclairage, en effet, ne tourmentera pas le malade et n'éclairera que la région de l'œil qui est soumise à l'examen. On peut aussi éclairer de couleurs différentes, rouge et blanc, par exemple, deux points du champ de vision, et inviter le patient à regarder fixement le cercle lumineux rouge, afin d'obtenir l'immobilité de l'œil pendant que l'opérateur promène le petit cercle lumineux blanc dans toutes les régions qu'il se propose d'explorer.

Avec une lunette pan-focale, placée à quelques centimètres de l'œil, l'opérateur peut, par le mouvement du pignon régulateur, pénétrer successivement du regard dans l'intérieur de l'œil à toutes les profondeurs jusqu'à la rétine; une échelle gravée extérieurement sur l'instrument peut indiquer la profondeur du point qui se trouve au foyer à un instant donné.

Il est possible qu'un fixateur soit nécessaire, ainsi qu'un support convenable pour la lunette ; mais on pourrait peut-être plus commodément ajouter du côté de l'objectif de la lunette un tube terminé par une œillère par laquelle le patient serait invité à regarder pendant que l'observateur tient son œil à l'oculaire.

L'étude pratique de cette nouvelle application de ma lunette pan-focale exigeant des moyens d'expérience qui ne sont pas de mon ressort, je dois me borner à signaler à l'Académie la partie optique du nouvel instrument, et laisser aux hommes compétents le soin d'étudier les dispositions les plus convenables pour l'application.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des cachexies et de leur traitement

Par le professeur FORGET (de Strasbourg).

On donne le nom de *cachexies* à des altérations anciennes et plus ou moins profondes de l'économie, paraissant affecter la généralité des organes, et se révélant par certains caractères extérieurs. Cette dernière circonstance est ce qui différencie ostensiblement les cachexies des *diathèses*, qui sont aussi des affections générales, mais ordinairement occultes. Au demeurant, les cachexies ne sont souvent que des diathèses exagérées, parvenues au point d'affecter gravement l'économie et de se traduire extérieurement.

Selon les idées humorales qui dominent aujourd'hui, les cachexies ont leur point de départ dans le sang. C'est par l'altération du sang, ce fluide général, qu'on explique la généralité même des manifestations cachectiques. Mais ici surgit une grave question, celle de savoir si ces altérations du sang sont primitives ou consécutives à certaines affections locales. Lorsque la cachexie dérive d'une affection diathésique, telle que la goutte, les scrofules, le cancer, etc., on tranche assez résolûment la question en faveur de l'altération primitive du sang, bien qu'il se puisse élever quelque litige à cet égard; mais dans d'autres cas, le point de départ local est manifeste, comme dans la cachexie anémique qui résulte des phlegmasies ou autres affections locales chroniques. Il est évident qu'il existe aussi des cachexies *mixtes* ou complexes, c'est-à dire à la fois primitives et secondaires à une certaine période. C'est ainsi que la cachexie tuberculeuse s'aggrave évidemment par la désorganisation du poumon; il en est de même de la cachexie cancéreuse.

Quoi qu'il en soit, ces hautes questions, que nous ne saurions débattre ici, ont sur le traitement des cachexies moins d'influence qu'on pourrait le supposer. J'ajouterai même que ces difficultés disparaissent en grande partie, quand, au lieu d'envisager en bloc un fait de cachexie, on oublie un moment la doctrine de l'unité morbide pour soumettre ce fait à l'analyse diagnostique, c'est-à-dire à la doctrine des éléments pratiques. En effet, un état cachectique avancé se compose presque toujours de plusieurs éléments : d'un élément général, soit l'altération du sang, et d'un ou quelques éléments locaux, effets ou causes de l'altération sanguine. Ainsi, dans la chlorose, concurremment à l'aglobulie, existent d'ordinaire l'aménorrhée, les palpitations, etc.; dans la cachexie paludéenne, à

côté de l'intoxication du sang, se rencontrent l'hypertrophie de la rate, l'œdème, etc. Cela est plus sensible encore pour les cachexies tuberculeuse et cancéreuse, où, conjointement à l'état général, existent nécessairement le tubercule et le cancer. Or, cette application de la doctrine des éléments nous paraît répandre un très-grand jour sur la thérapeutique des cachexies, et résoudre immédiatement certaines obscurités et même de graves difficultés que rencontrent souvent les praticiens en face de ces affections complexes et mystérieuses. Il en résulte tout d'abord que c'est une grande erreur, trop généralement commise, que de vouloir soumettre le traitement de telle ou telle cachexie à une médication unique et invariable; car si l'élément humoral caractéristique est assez constant et stable pour se prêter à cet exclusivisme, il n'en est plus de même des éléments conjoints qui, non-seulement comportent par eux-mêmes des indications particulières, mais qui, parfois, constituent de véritables contre-indications à la médication fondamentale. Principe éminemment pratique, trop souvent méconnu par les médecins vulgaires, au grand détriment de l'humanité. Rendons ce principe palpable par une comparaison empruntée à une affection très-commune et pourtant très-controversée, la fièvre typhoïde. On veut que cette maladie consiste essentiellement dans une intoxication du sang : soit! mais par quel esprit de vertige va-t-on jusqu'à méconnaître, ou du moins mépriser ce grave élément local concomitant, la lésion intestinale? Cette perversion du sens pratique se produit également en ce qui concerne le traitement des cachexies arthritique, cancéreuse, tuberculeuse, etc. On ne rencontre que des praticiens s'évertuant à combattre l'élément fondamental des cachexies goutteuse, tuberculeuse, cancéreuse, etc., sans se préoccuper le moins du monde de l'état des tissus envahis, irrités, désorganisés par les tophus, le tubercule et le cancer.

Je dis que cette préoccupation est funeste, car, beaucoup plus souvent qu'on ne le pense, le malade succombe à la douleur, à l'épuisement résultant des lésions locales; et en outre, les spécifiques prétendus opposés à la plupart des spécificités cachectiques ont malheureusement pour effet d'aggraver fréquemment les accidents locaux. Et il arrive alors que le malade meurt tout à la fois de sa maladie et de nos remèdes.

Avant d'aborder les détails, dans quel ordre classerons-nous nos nombreuses cachexies? Celui qui nous paraît le plus naturel, parce qu'il est en même temps scientifique et pratique, consiste à les classer selon le genre des altérations supposées du fluide sanguin.

Nous proposons donc les trois catégories suivantes : 1° cachexies par variation des principes normaux du sang (sérum, globules, fibrine, albumine) ; 2° cachexies par éléments anormaux répandus dans le sang (bile, urine, pigment, virus, miasmes, etc.) ; 3° cachexies par éléments hypothétiques ou de nature inconnue (vices, produits hétéro-plastiques). Et, sur cette base, nous dressons le *tableau* suivant :

CACHEXIES.

1° *Par variations des principes normaux du sang.*

1. Anémique. — 2. Chlorotique. — 3. Leucocytémique ? — 4. Exophthalmique. — 5. Séreuse. — 6. Cardiaque. — 7. Cyanique. — 8. Scorbutique.

2° *Par éléments anormaux répandus dans le sang.*

9. Bilieuse. — 10. Urique. — 11. Graveleuse. — 12. Arthritique. — 13. Bronzée ? — 14. Syphilitique. — 15. Paludéenne.

3° *Par éléments hypothétiques ou de nature inconnue.*

16. — Rachitique. — 17. Scrofuleuse. — 18. Tuberculeuse. — 19. Mélanique. — 20. Cancéreuse, etc.

Il existe sans doute bien d'autres cachexies ; mais celles-ci sont les principales. Nous n'avons d'ailleurs ni la volonté, ni la licence d'édifier ici un traité complet des cachexies. Ce sont plutôt des exemples à l'appui de nos doctrines que nous voulons produire, exemples qui pourront servir de patrons pour toutes les autres cachexies qu'il plaira d'instituer ou d'imaginer. A Dieu ne plaise aussi que je prétende défendre envers et contre tous la classification précédente, laquelle même, on le verra, n'exprime pas toujours le fond de ma pensée. J'avais besoin d'un cadre, je propose celui-ci avec toute réserve, prêt à reconnaître ses imperfections et en faisant des vœux pour qu'on en trouve un meilleur. Nous sommes ici, je le reconnais, et je prie qu'on veuille bien le remarquer, sur le terrain de la pathologie transcendante, c'est-à-dire sur un sol litigieux par excellence.

J'ajoute que ce sont là de véritables cachexies, c'est-à-dire des dyscrasies chroniques. On ne nous opposera donc pas ce que quelquefois on appelle des cachexies aiguës, telles que le typhus, la fièvre typhoïde, la résorption purulente, la morve, les affections saturnines, etc. Ce ne sont pas là des cachexies, mais bien des intoxications presque toujours aiguës. Je conviens pourtant que certaines altérations humorales sont assez mal délimitées pour qu'il y ait incertitude quant à leur classement.

Ainsi réduites, les cachexies offrent encore, ainsi qu'on le voit,

des espèces assez nombreuses, et l'on sera probablement surpris de nous voir prétendre à embrasser d'un seul coup d'œil tant et de si diverses affections; diverses, sans doute, quant à leurs causes organiques spéciales, diverses aussi au point de vue des appareils phénoménaux, des symptômes propres à chacune d'elles. Mais là se borne cette grande diversité, et lorsque nous arrivons au but final de la science et de l'art, c'est-à-dire à nous demander quels sont les moyens thérapeutiques propres à conjurer chacune de ces cachexies, nous sommes tristement surpris de voir quelle est la pénurie de nos ressources réelles, et, bon gré mal gré, force nous est de leur appliquer un très-petit nombre de modificateurs qui sont à peu près les mêmes pour toutes.

Or, c'est précisément cette synthèse que nous avons pour objet de faire ressortir dans ce travail. En réduisant cette grande famille à ses réalités pratiques, c'est-à-dire à son petit nombre de caractères fondamentaux, et surtout à la simplicité des indications thérapeutiques positives qu'elles comportent, nous avons l'espoir de rassurer les modestes praticiens intimidés par la grande variété des notions que renferme cette vaste étude. C'est ainsi qu'en parcourant les nombreux produits de la science moderne, il semble que désormais le diagnostic et la thérapeutique des cachexies ne puisse plus se passer du microscope et des réactifs; que la clinique soit essentiellement une science de laboratoire...; mais en y regardant de près et de haut en même temps, on s'aperçoit bientôt que, pour la plupart du moins, ces savantes disquisitions moléculaires sont d'abord très-sujettes à controverse, et qu'elles sont à peu près stériles en application, même dans ce qu'elles ont de positif, d'avéré, de consenti par la généralité des observateurs. Qu'il nous suffise de rappeler cette grande mystification de la cellule cancéreuse. Notre but est donc de réduire, autant que possible, les cachexies à leurs éléments, à leurs résultats communs, et de déduire de cette étude comparative les indications curatives qui leur sont également communes. Assez d'autres s'évertuent à morceler la science et à la rendre inabordable à la généralité des travailleurs. Il est bon que quelqu'un s'occupe, de temps en temps, à passer au crible cette provende indigeste et confuse, pour la rendre plus claire et plus assimilable au commun des praticiens, et pour dissiper les terreurs que leur inspirent ces mille détails qui tendent à faire de la science médicale le privilége de quelques initiés. Entrons en matière.

1° *Cachexie anémique.* — La cachexie anémique réclame le premier rang, non-seulement à cause de sa fréquence comme affection

propre et comme aboutissant de presque toutes les maladies prolongées, mais encore parce qu'elle entre comme élément important, et souvent comme seule source d'indication positive, dans la généralité des autres cachexies. Nous allons voir, en effet, que la thérapeutique appliquée, ou du moins applicable à la plupart des cachexies, n'est autre, en définitive, que celle réclamée par la simple anémie.

La cachexie anémique est caractérisée par la pâleur de la peau et des muqueuses, la petitesse et la faiblesse du pouls, la diminution de la chaleur et des forces générales. Elle paraît résulter de la diminution soit de la masse du sang, soit de quelques-uns de ses éléments constituants (globules rouges, fibrine, albumine), avec prédominance de la partie séreuse de ce fluide. L'anémie peut être aiguë ou chronique. La première, qui se forme promptement et qui se résout vite, est l'effet ordinaire et direct des grandes pertes sanguines. La seconde, qui se forme graduellement et lentement, est ordinairement la conséquence d'états morbides prolongés de nature très-diverse. Il suffit, en effet, d'y réfléchir un instant pour voir que l'anémie est l'apanage obligé de presque toutes les maladies chroniques, organiques ou vitales; car toutes aboutissent à la viciation de l'hématose, qui est le terme des souffrances prolongées de toute espèce. La démonstration, d'ailleurs superflue, de ce grave théorème ne saurait trouver place ici.

Comme toutes les autres maladies, la cachexie anémique doit être étudiée dans ses causes hygiéniques, constitutionnelles ou morbides, si l'on veut instituer une thérapeutique rationnelle et heureuse. La cause hygiénique la plus directe est l'insuffisance des matières alibiles. Cependant les vices de l'air, et notamment la privation de la lumière, concourent puissamment à la produire; les troubles de l'âme eux-mêmes exercent une grande influence sur sa production. Dans tous ces cas, les indications thérapeutiques découlent naturellement. Certaines constitutions sont originellement anémiques par le fait de la débilité native des organes de la vie de nutrition. Malheureusement ici l'art n'offre guère que des ressources impuissantes ou précaires. Quant aux causes morbides, ce sont peut-être les plus fréquentes : ce sont les pertes de sang abondantes ou répétées, les altérations soi-disant spontanées de ce fluide, comme dans la chlorose, et surtout les nombreuses altérations d'organes, qui peuvent influer plus ou moins directement sur la crase sanguine, et dont la curabilité est très-variable.

En somme, donc, la première des indications curatives de l'ané-

mie sera d'obvier à la cause, soit en régularisant l'hygiène, soit en cherchant à modifier les constitutions originellement vicieuses, soit en combattant directement les maladies génératrices de la cachexie anémique.

Mais l'anémie elle-même, intrinséquement considérée, comporte aussi ses propres moyens médicamenteux, auxquels il faudra recourir, soit isolément, toutes les fois que la cause restera inconnue ou inattaquable, soit concurremment avec le traitement étiologique, si ce dernier ne suffit pas. Heureusement, la thérapeutique antianémique directe s'harmonise assez souvent avec les indications étiologiques ; cela est évident pour les causes hygiéniques et constitutionnelles; cela est plus litigieux pour les maladies chroniques. Néanmoins, aujourd'hui, on ne craint plus de soutenir et même d'exciter les forces des malades, au déclin des phlegmasies aiguës et même dans le cours des maladies chroniques, alors que la faiblesse générale, la pâleur des téguments, la petitesse et la mollesse du pouls indiquent l'emploi des toniques, lesquels alors nuisent rarement à la phlegmasie et peuvent même concourir à hâter sa résolution. Cependant il arrive trop fréquemment que cette thérapeutique est en opposition avec celle réclamée par la cause morbide; ce que les praticiens oublient trop souvent, absorbés qu'ils sont par la nécessité patente de relever les forces générales. Ainsi, dans les phlegmasies chroniques, cette pondération des indications contradictoires est souvent chose fort délicate et difficile.

Quoi qu'il en soit, le traitement antianémique essentiel comprend : 1° l'institution d'une hygiène fortifiante : alimentation substantielle composée principalement, mais non exclusivement, de viandes de bœuf et de mouton rôties ; air pur, sec, tiède et lumineux, exercices modérés, sérénité d'esprit, etc. A l'hygiène appartient presque exclusivement la puissance de régénérer le sang en quantité et même en qualité; néanmoins, 2° les toniques généraux, en activant les fonctions digestives, circulatoires et autres, viennent en aide à l'hygiène ; mais, en outre, 3° il y a d'autres moyens réputés susceptibles de réparer certains matériaux particuliers du sang : ainsi les ferrugineux sont censés reproduire les globules rouges qui sont les véhicules du fer hématique. Je dis *censés*, car l'action incontestablement favorable du fer a reçu d'autres interprétations. Quoi qu'il en soit, toutes les préparations ferrugineuses conviennent dans ce cas, mais quelques-unes paraissent mériter la préférence : telles sont les pilules de Blaud et de Vallet, tel est, surtout, le fer réduit par l'hydrogène (de 50 centigr. à 1 gramme par jour). On a fait grand

bruit, dans ces derniers temps, des compositions de manganèse, sous prétexte que cet élément ferait défaut dans l'anémie. De même on a prétendu régénérer la fibrine par les aliments fibrineux, l'albumine du sang par l'albumine de l'œuf, le phosphate calcaire des os par l'ingestion du phosphate de chaux, etc. Le fait est que l'économie doit puiser au dehors les principes de ses éléments de composition ; mais la nature a des procédés qui nous sont inconnus, et la chimie *vivante* occupe encore une place à part dans la chimie générale. Le fait est que, trop souvent, nos prévisions et nos systèmes chimiques sont déçus, et que le laboratoire de la vie fait divorce avec celui des chimistes. En résumé, l'hygiène fortifiante, la médication tonique et l'emploi des ferrugineux constituent comme le trépied classique du traitement direct de l'anémie. Ne perdons pas de vue cette conclusion, que nous allons voir se reproduire à l'occasion de l'anémie, qui se présente comme complication de beaucoup d'autres cachexies.

2° *Cachexie chlorotique.* — Qu'est-ce que la chlorose? en quoi diffère-t-elle de l'anémie? Questions difficiles à résoudre positivement. Aussi, pour concilier les dissidences et pour échapper aux difficultés du diagnostic différentiel, quelques-uns donnent-ils à cette affection le nom de *chloro-anémie*, donnant ainsi à entendre qu'il s'agit d'une anémie spéciale. En effet, au point de vue des causes et même des symptômes patents, la chlorose diffère assez sensiblement de l'anémie. Puis, dans la chlorose, dit-on, le sang n'est pas diminué de quantité, mais bien altéré dans ses qualités : les globules rouges sont en moins, ce qui a valu à la maladie le nom d'*aglobulie*, ou plutôt celui d'*hypoglobulie*, et encore faudrait-il spécifier que ce sont les globules rouges qui font défaut. Mais ces globules sont également en moins dans la simple anémie ; et, dans les deux affections, le sérum est en plus relativement aux autres éléments.

Aussi les traitements de l'anémie et de la chlorose sont-ils parfaitement identiques, sauf les accidents et les complications : ce sont toujours l'hygiène corroborante, les médicaments toniques, et spécialement le principe reconstituant des globules rouges, le fer. C'est particulièrement contre la chlorose qu'on a proposé le manganèse, dont il n'est plus guère question aujourd'hui. Restent les accidents particuliers de la chlorose : palpitations, dyspepsie, flueurs blanches, symptômes hystériformes, etc., que l'on combat directement par les moyens indiqués contre ces éléments accessoires. Il est à remarquer que la chlorose exige d'ordinaire le *consensus* de l'hygiène

et des remèdes, si bien que les ferrugineux manquent souvent leur effet dans les hôpitaux, où cet accord existe rarement.

3° *Cachexie leucocytémique?* — Voici venir une espèce nouvelle de cachexie, la leucocytémie. Je ne me charge pas de l'exposer, de la compléter, d'élucider son histoire ni même de la différencier d'avec l'anémie, avec laquelle, en effet, elle a au moins de grandes analogies, quant aux symptômes extérieurs et même aux altérations du sang. Seulement, ici, la lésion spéciale consisterait, dit-on, dans l'excès relatif des globules blancs qui auraient leur source dans la rate. C'est possible; néanmoins, je maintiens mon point d'interrogation jusqu'à plus ample informé. Ce qu'il y a de certain, c'est que cette leucocytémie ressemble tellement à l'anémie, qu'en fait de traitement on n'est pas encore parvenu à établir de notables différences. Nous sommes donc réduits encore ici à l'hygiène fortifiante, aux toniques et aux ferrugineux, sinon pour détruire les globules blancs, au moins pour augmenter la quantité relative des globules rouges.

4° *Cachexie exophthalmique* ou *exophthalmie cachectique;* autre maladie nouvelle fort singulière, où l'on voit coïncider avec les principaux symptômes de l'anémie une saillie considérable et permanente des globes oculaires, qui donne à la physionomie un aspect bizarre et tout particulier. Quoiqu'ayant sous les yeux un bel échantillon de cette étrange maladie, je n'entreprendrai pas de la décrire, encore moins d'en expliquer les mystérieux phénomènes, de peur d'ajouter aux nombreuses divagations dont elle a été l'objet. Je me bornerai à dire que ce qu'il y a de plus clair à cet égard, ce sont les indications tirées de l'anémie flagrante qui domine dans cette affection. C'est ce que paraissent avoir compris tous les observateurs, qui concordent en ce point; mais il faut ajouter que le mal est des plus rebelles. Ainsi, le cas que j'observe résiste depuis plusieurs années à tous les moyens, rationnels et empiriques, dirigés contre les divers éléments de la maladie ; aujourd'hui le sujet est réduit au marasme, et pourtant ses yeux forment une saillie effrayante. Quoi qu'il en soit, l'appauvrissement du sang commande principalement l'emploi du régime nutritif, des toniques et des ferrugineux, ni plus ni moins que dans les espèces précédentes; plus, les indications spéciales adaptées aux autres éléments : palpitations, œdème, goitre, etc., qui, eux-mêmes, incombent en grande partie à la médication corroborante.

5° *Cachexie séreuse.* — Sont réputés atteints de cachexie séreuse les individus atteints depuis longtemps d'infiltration séreuse plus ou moins généralisée, ou qui en sont fréquemment affectés.

Mais c'est là un résultat banal qui peut tenir à des causes très-diverses, car l'œdème s'observe d'abord dans toutes les cachexies déjà mentionnées, et dans la plupart de celles qui nous restent à étudier; puis il se relie à une foule d'affections locales, à tous les genres d'obstacle circulatoire, aux engorgements des viscères abdominaux, à la néphrite albumineuse, etc.

C'est assez dire que le traitement étiologique de cette cachexie est aussi variable que les causes qui peuvent la produire. Mais, en outre, il y a des cachexies séreuses dont la cause productrice est difficile à déterminer et qu'on a désignées provisoirement sous le nom d'*hydropisies essentielles*; et puis l'élément infiltration lui-même comporte un traitement propre et distinct de celui des causes qui le produisent; il s'agit ici soit de soustraire au sang un de ses éléments, la sérosité qui est censée filtrer dans les tissus pour produire l'œdème, soit de solliciter la résorption du sérum épanché. On atteint ce double but, soit en activant les fonctions éliminatrices au moyen des diurétiques, des purgatifs, des sudorifiques, etc., soit en établissant des émonctoires artificiels : vésicatoires, cautères, sétons, etc. Par ces procédés, on n'évacue pas directement la matière de l'épanchement, comme le pensent le public et les médecins vulgaires; mais en appelant la sérosité sur d'autres points, on diminue d'autant la source commune de l'infiltration dont ensuite l'absorption fait justice. Cet ensemble de moyens mérite le nom de médication *hydragogue*, médication propre à ce genre de cachexie. Mais, outre ces procédés éliminateurs, il arrive que les moyens de tarir ou de prévenir l'œdème ne sont autres que ceux qui modifient, régénèrent la composition du sang, et nous rentrons ici dans cette médication antianémique déjà souvent exposée. Il est évident, en effet, que le meilleur moyen de combattre l'œdème des anémiques, des chlorotiques, des fébricitants, des scrofuleux, etc., c'est de fortifier leur constitution; c'est de rétablir la crase sanguine. Sous ce rapport donc, la cachexie séreuse rentre sous la grande loi qui régit la thérapeutique de tant d'autres cachexies.

6° *Cachexie cardiaque.* — J'ai décrit, sous le nom de cachexie cardiaque (Précis des maladies du cœur, p. 57 et suiv.), un état qui, chez quelques individus affectés de maladies du cœur, se révèle par les caractères suivants : décoloration générale, teinte jaunâtre des téguments, analogue à celle de la chlorose. Chez ces malades, le pouls est souvent mou, quoique parfois vif et accéléré; la dyspnée est intense, la faiblesse extrême. La suffocation et les syncopes sont souvent imminentes, bien que le cœur batte avec plus ou moins

d'énergie. Or, si l'aglobulie, la défibrination, la désalbumination, une altération quelconque du sang était constatée dans les cas semblables, on aurait toutes les raisons scientifiques et pratiques pour modifier, chez ces sujets, le traitement classique des maladies du cœur. Dans ces cas, en effet, non-seulement les saignées produisent de fâcheux résultats, mais encore les analeptiques, les toniques, les ferrugineux sont formellement indiqués, non pas sans doute comme moyens curatifs de la lésion organique du cœur, mais comme palliatifs de la complication humorale. Je m'empresse d'ajouter cependant que les antianémiques procurent des résultats moins constants, moins prompts, moins satisfaisants dans la cachexie cardiaque que dans l'anémie ordinaire. L'indication n'en subsiste pas moins et place cette cachexie sous l'empire du traitement commun à d'autres cachexies.

7° *Cachexie cyanique.* — Dans les obstacles à la circulation siégeant, soit dans le cœur, soit dans les poumons, et dans certains cas d'asphyxie lente, celle par le goître, par exemple, on voit souvent, à la période avancée, se produire une lividité des téguments externe et interne, qui a reçu le nom de cyanose. Cette coloration anormale dérive d'un état du sang complexe probablement; car elle n'est pas due seulement à la stase veineuse, elle doit dériver aussi de la diminution du pouvoir oxygénant des poumons, qui sont généralement engoués dans ces circonstances. Il en résulte pour les organes une double cause de torpeur qui brise les forces générales et porte une atteinte profonde à la tonicité des organes imprégnés de ce sang altéré. C'est ainsi que s'explique en partie cet affaiblissement, cette dilatation passive des parois du cœur, cette hyposystolie qu'on observe, soit dans le cours, soit plus ordinairement à la période ultime des maladies de cet organe.

Dans l'impuissance d'obvier ici à la cause première, l'obstacle à la circulation, force nous est de combattre les effets, et spécialement la cyanose. Les saignées déplétives, même modérées, la digitale, bien qu'on l'ait paradoxalement décorée du titre de tonique, les purgatifs, les diurétiques ne sont plus de mise. L'indication de tonifier est flagrante; alors se présentent naturellement les analeptiques et les toniques généraux, dans l'intention de soutenir les forces défaillantes et de combattre cette fatale torpeur : moyens précaires, il est vrai, et qui ne peuvent guère avoir pour effet que de prolonger la vie de quelques jours, de quelques instants... Néanmoins nous en arrivons encore ici aux mêmes indications finales que dans les autres cachexies.

8° *Cachexie scorbutique.* — Depuis cinq ou six siècles, nous vivions dans la conviction que le scorbut est le résultat d'une dissolution du sang, c'est-à-dire d'une diminution et d'une altération spéciale de l'élément fibrineux comme liquéfié ; mais voilà que le moderne esprit révolutionnaire, qui paraît ne vouloir laisser debout aucune des traditions de l'antiquité, s'est attaqué, dans ces derniers temps, à ce vieux palladium de l'humorisme, respecté par Broussais lui-même. Donc certains observateurs, parmi lesquels je confesse humblement avoir été un des premiers à me placer, prétendent avoir constaté bel et bien que, dans certains cas au moins, le sang des scorbutiques est coagulable, coagulé et notablement fibrineux (1).

Quoi qu'il en soit, le but de la médecine antiscorbutique est encore aujourd'hui de reconstituer le sang, en obviant aux causes hygiéniques, et notamment à l'alimentation viciée qui, dans la plupart des cas, paraît être la cause directe de la maladie. Ainsi, le plus ordinairement, la cause consistant dans la privation de végétaux frais, les sucs végétaux, et notamment le suc de citron, font merveille, sans préjudice des bons effets obtenus, dans d'autres cas, de l'usage des viandes fraîches, d'un air pur, sec et lumineux, de distractions agréables, tous moyens toujours indiqués, ne fût-ce que comme adjuvants. Mais, à part ce traitement hygiénique fondamental et spécial de la cachexie scorbutique, on recommande universellement l'emploi des toniques, et particulièrement des ferrugineux, de sorte que, sous ce point de vue, la thérapeutique du scorbut rentre aussi dans celle des autres cachexies.

9° *Cachexie bilieuse.* — Lorsque, par une cause quelconque, la bile ne peut plus être versée dans le duodénum, on voit le sang se charger des matières colorantes de la bile et tous les tissus s'imprégner de ces mêmes matières : d'où la teinte jaune de la peau qui constitue l'ictère. Si l'obstacle au cours de la bile est passager, l'ictère ne tarde pas à se dissiper ; mais si l'obstacle est permanent, inamovible, les tissus restent indéfiniment colorés. La peau, qui d'abord était jaune, passe à l'état verdâtre, puis noirâtre ou vert-bouteille. C'est à cette prolongation de l'ictère, à cette imprégnation

(1) Je disais, en effet, à propos du scorbut, dans mon Compte rendu de clinique des années 1843-44 (Gaz. méd. de Strasbourg, 1845), c'est-à-dire plusieurs années avant MM. Becquerel, Rodier, Andral, etc. : « Nous avons été « assez étonné de rencontrer dans le cœur des caillots sanguins consistants et « volumineux, au lieu de cette diffluence du sang qui constitue, dit-on, le fond « de l'affection scorbutique. »

de plus en plus profonde qu'on donne le nom de cachexie bilieuse, à tort assurément, car ce n'est point la bile en substance qui pénètre les tissus, ce sont seulement les matières colorantes de la bile. Cette petite particularité a de grandes conséquences : elle ruine d'un seul coup cette fameuse doctrine des affections bilieuses ; car les matières colorantes de la bile, loin de pouvoir produire les fièvres et les phlegmasies dites bilieuses, exercent, au contraire, une action sédative analogue à celle de la digitale, témoin la lenteur du pouls.

Ici, comme dans la plupart des autres cachexies, le praticien a surtout deux éléments à considérer : d'abord la cause organique de l'ictère chronique (hépatite, hypertrophie, cirrhose, tubercule, cancer, calculs biliaires, etc.), puis l'ictère lui-même. Il est clair que le premier de ces deux éléments constitue l'indication capitale : éliminez la cause, c'est-à-dire rétablissez le cours de la bile, et, sous l'influence du travail organique, spontané de la résorption, l'ictère disparaîtra ; mais, malheureusement, la cachexie bilieuse ou l'ictère chronique est le plus souvent lié à des causes indestructibles, comme la plupart de celles énoncées plus haut, et alors l'indication causale n'existe plus, ou du moins ne peut plus être remplie. Reste l'ictère ; mais nous venons de dire qu'il est indissolublement lié à sa cause ; donc, lui aussi ne comporte plus d'indication spéciale. Vous aurez beau solliciter tous les émonctoires, vous n'aboutirez à rien qu'à créer parfois de fâcheuses complications. Que reste-t-il donc à faire? D'abord il reste à combattre les complications qui peuvent exister : douleurs, ascite, etc.; puis à soutenir l'économie contre ces éléments de dissolution, à lutter contre la débilité, le marasme ; c'est-à-dire à relever, s'il se peut, les forces générales, au moyen d'une alimentation aussi restaurante que possible et de toniques légers, comme dans toutes les cachexies à cause inamovible.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la méthode opératoire exploratrice,

Par le professeur Alquié, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi de Montpellier (¹).

Il est un autre point de vue qui montre les avantages de cette méthode chirurgicale, quant à la ligature des artères. Mais comme

(¹) Voir le numéro précédent, p. 102.

cette partie de notre sujet n'a pas encore été développée dans nos publications, nous croyons convenable d'y consacrer quelque attention. Nous venons de signaler la nécessité d'aller explorer les plaies afin d'y lier les bouts des vaisseaux qui fournissent les hémorrhagies secondaires. Nous nous sommes demandé quelles sont les causes de ce dernier et grave accident, afin d'établir un moyen de le prévenir au moment où l'on procède à la ligature d'un tronc vasculaire. Cette étude pratique fut provoquée, il y a près de vingt ans, par une observation que nous avons publiée peu d'années après et dont voici le résumé.

Obs. I. *Anévrysme de la fémorale ; ligature de cette artère au-dessus de la tumeur, hémorrhagie secondaire ; ligature de l'iliaque, hémorrhagie secondaire ; mort.* — L'habile chirurgien qui, en ce cas, avait été porté à aller chercher l'iliaque externe pour mettre fin à une hémorrhagie survenue après la chute de la ligature de la crurale, ne voulut pas explorer la plaie, croyant au ramollissement du vaisseau plongé dans les tissus en suppuration. La mort survint, parce que le même préjugé fit confier à une compression impuissante le sort d'un malade qui eût été sauvé par la méthode exploratrice que nous préconisons.

En pratiquant l'autopsie, nous reconnûmes non-seulement que ce prétendu ramollissement de l'artère n'existait point, mais encore que le bout inférieur du vaisseau coupé avait donné lieu aux hémorrhagies répétées, parce que le lien avait été placé trop près de la fémorale profonde, qui avait empêché un caillot obturateur de se former dans ce bout inférieur.

Ces recherches d'anatomie pathologique nous donnèrent à penser que les hémorrhagies secondaires survenant à la chute de la ligature des artères provenaient ordinairement de la position du lien trop près d'une collatérale importante. Désirant vérifier par l'observation clinique la justesse de cet important aperçu, nous recueillîmes les faits suivants.

Obs. II. Dans sa dissertation inaugurale, M. le docteur Viguerie neveu rapporte une observation où la ligature de l'artère fémorale, faite à la partie supérieure de la cuisse, dans les circonstances les plus favorables, fut suivie d'hémorrhagie mortelle, déterminée par l'existence d'une collatérale volumineuse près du lien.

Obs. III. M. Bégin raconte l'histoire d'un ouvrier à qui il pratiqua la ligature de la partie moyenne de la fémorale. Après la chute des fils, une hémorrhagie a lieu, la crurale est de nouveau liée au-

dessous du ligament de Fallope; une hémorrhagie secondaire se renouvelle et jette le patient dans un affaissement mortel.

L'autopsie permet de reconnaître que les accidents mortels provenaient de ce que la position du lien, très-près de la fémorale profonde, avait empêché la formation d'un caillot obturateur.

Obs. IV. D'après le professeur Dubreuil, le docteur Mortier, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, vit le même résultat arriver à un homme à qui il avait lié la fémorale au bas du triangle de Scarpa. L'autopsie démontra la même source des hémorrhagies que dans les cas précédents.

Obs. V. Anévrysme considérable de la sous-clavière droite, au-dessous de la clavicule, chez un homme âgé de trente-six ans; ligature de la sous-clavière par le procédé ordinaire. Au treizième jour, sous l'influence de la toux, a lieu une première hémorrhagie, qui se répète les jours suivants; mort au vingt-deuxième jour de l'opération, au milieu des symptômes d'une pneumonie. La nécropsie montre, en effet, les traces d'une pneumonie; la sous-clavière était rompue près de la ligature, dans le point d'émergence des principales branches du tronc. Tel est le résumé d'une intéressante observation insérée dans le grand ouvrage de M. Auvert; la même planche du même livre représente un fait d'anévrysme de l'axillaire pour lequel on pratiqua la ligature de la sous-clavière, suivie de succès; mais le lien avait été placé à une suffisante distance des collatérales.

Obs. VI. Un émigrant à New-York entra à l'hôpital de cette ville au mois de janvier 1851, pour y être traité d'une éléphantiasis du membre inférieur droit. Le docteur Canochan combattit cette grave maladie par la ligature de la crurale placée à une petite distance au-dessous de l'origine de la profonde. La ligature tomba le onzième jour et une hémorrhagie secondaire détermina le chirurgien à lier l'iliaque externe, ce qui n'empêcha point l'hémorrhagie de se reproduire et de céder seulement à la compression faite à l'aide d'un tourniquet placé d'abord au-dessus, et puis au-dessous de la première plaie. Evidemment, la présence d'une collatérale importante trop près du lien avait causé les hémorrhagies secondaires.

A ce sujet nous lisons, dans la dissertation inaugurale soutenue en Allemagne par le docteur Günther, une remarquable observation dont la lecture, l'étude du dessin qui l'accompagne, aidée des explications verbales que l'auteur a bien voulu nous donner, nous engagent à en insérer ici les principaux passages.

Obs. VII. Schaller, âgé de quarante et un ans, bien portant, reçut un coup de couteau à la cuisse droite, d'où il s'écoula une grande quantité de sang que la compression arrêta. Remis de cette blessure, il lui resta cependant une tumeur qui augmenta considérablement. Le malade se plaignit de ne pouvoir mouvoir sa cuisse avec facilité et d'y éprouver de vives douleurs. De la rougeur s'étant manifestée au sommet de la tumeur, il se décida à entrer à l'hôpital. Au point où l'artère crurale traverse l'anneau du troisième adducteur, s'élevait alors une tumeur à base large et fixe dans tous les points ; elle était animée de mouvements parfaitement harmoniques à ceux du pouls. On y entendait un bruissement et un bruit de fermentation. A la partie supérieure, on percevait clairement ces deux bruits, dont l'un est un murmure continu et l'autre un souffle isochrone avec le pouls.

Pour guérir cette maladie, on se résout à lier l'artère crurale au-dessus de l'anévrysme. Le professeur Günther dissèque la peau suivant la direction de l'artère, en commençant à trois travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale. On voit alors une tumeur pulsatile, bleuâtre, dans laquelle le bruit strident de grains de sable est nettement perçu. Croyant l'artère enveloppée d'une gaîne, Günther incise la tumeur; mais au sang rutilant qui en jaillit, il comprend qu'il a ouvert l'artère elle-même. La compression suspend immédiatement l'écoulement sanguin. L'opérateur lie avec un fil l'artère au-dessus et au-dessous de la blessure, au moyen du double nœud de chirurgien. Mais le sang continuait de couler, parce que le premier lien n'était pas suffisamment serré ; une nouvelle ligature est convenablement serrée au-dessus, et l'hémorrhagie est suspendue.

Au sixième jour de l'opération, et vers huit heures du soir, du sang sort par la plaie et reparaît vers minuit ; la compression en arrête l'écoulement. Vers trois heures du matin, nouvelle hémorrhagie plus considérable, que l'on s'efforce de suspendre à l'aide du garrot et de la compression immédiate faite dans la plaie préalablement débarrassée de caillots. Ce moyen étant insuffisant, on tente de déterminer la coagulation du sang à la faveur de l'électricité. Dans ce but on introduit au sein de l'artère, sous l'arcade crurale, deux aiguilles sur lesquelles on fait agir un appareil rotatoire. Le malade en éprouve un frisson violent ; des vessies pleines de glace sont placées sur la plaie ; mais ces ressources sont insuffisantes à empêcher le retour de l'hémorrhagie que l'on cherche vainement à combattre encore à l'aide du garrot. Alors le professeur Günther découvre de nouveau l'artère immédiatement au-dessous du ligament de Poupart, et l'y étreint d'un fil quadruple placé sur un petit cylindre de dia-

chylon. Néanmoins un flot énorme de sang s'échappe par la plaie supérieure, ce qui contribue à jeter le malade dans un affaiblissement extrême. Bientôt des vomissements surviennent; les orteils du membre lésé sont envahis par la gangrène, qui s'étend jusqu'à la cuisse, et la mort arrive au neuvième jour.

Faite trente-huit heures après la mort, l'autopsie montre l'artère crurale très-volumineuse au-dessus de la ligature supérieure. Il en est de même de la veine crurale et de l'iliaque. Au-dessous de la ligature supérieure, l'artère se rétrécit jusqu'à la sortie de la fémorale profonde. Le point où la crurale a été deux fois liée tout d'abord se trouve frappé de gangrène; et de ce point jusqu'au lien supérieur, le vaisseau est rempli de caillots. D'après l'inspection du dessin annexé à cette remarquable observation, et d'après les détails particuliers que M. le docteur Günther a bien voulu lui-même nous donner verbalement, les caillots cessaient au-dessous de ce point où naissait l'artère fémorale profonde, située ainsi trop près du lien où la première ligature avait été placée pour pouvoir permettre la formation d'un caillot obturateur. Ajoutons, d'après notre observation personnelle, que le ramollissement des tissus infiltrés de sang et de pus nous paraît avoir été pris pour de la gangrène. Le sac anévrysmal semble tenir à l'artère par un pédoncule; au-dessous, l'artère et la veine adhèrent à deux autres sacs situés dans la région du premier anévrysme.

En lisant la remarquable dissertation du docteur Günther, nous sommes surpris de ne trouver, parmi les causes des quarante-quatre faits d'hémorrhagie dont a été suivie la ligature de la fémorale, la trop grande proximité d'une collatérale près du lien, comme source de cet accident, que dans un seul cas. Il faudrait, ce nous semble, y ajouter celui dont l'auteur publie l'intéressante histoire, d'après ce qu'il eut l'obligeance de nous apprendre lui-même. Peut-on voir, comme causes de l'hémorrhagie secondaire, l'ampliation des collatérales, la commotion subite, la toux, la section de l'artère par la ligature, et plusieurs autres causes si accessoires à notre avis? C'est à la présence d'une collatérale importante trop près du lien qu'est due, selon nous, l'hémorrhagie par le bout inférieur survenue chez le malade dont parle le professeur Velpeau, chez celui de Smith.

Nous dirons à ce sujet, pour la plupart des artères, ce que nous écrivions, il y a plus de quinze ans, pour la fémorale. « En liant cette artère au triangle de Scarpa, on redoute surtout de placer le fil trop près de la crurale profonde. Quand on pratique cette opération vers le milieu de la cuisse, on n'est pas complétement à l'abri

d'un inconvénient analogue. Il existe, en effet, des collatérales musculaires qui naissent à des points variables de la crurale, comme cela a lieu pour presque tous les autres troncs vasculaires, et dont le volume est parfois assez considérable ; du reste, il n'est pas rare de rencontrer des anomalies très-variées. »

On agit donc en aveugle, répéterons-nous aujourd'hui, comme il y a quinze ans, quand on porte une ligature sur la plupart des troncs artériels. Si l'on évite les accidents produits par le voisinage dangereux de collatérales importantes, c'est par hasard et non par connaissance exacte de l'état des parties. Il nous semble que cette fâcheuse incertitude peut disparaître, en ayant le soin d'explorer le tronc artériel, dans l'étendue de 2 à 3 centimètres au-dessus et au-dessous du lien où le fil doit être appliqué. On s'assure de l'état du vaisseau dans cette étendue de manière à s'éloigner convenablement des collatérales. Dans un cas pareil à celui qui nous fournit le premier texte de ces réflexions, nous n'eussions pas hésité à lier en même temps le tronc de la crurale et la fémorale profonde. Ainsi placées, ces ligatures eussent déterminé la formation d'un caillot au-dessus et au-dessous, et prévenu l'hémorrhagie, qui a fini par entraîner la mort de l'opéré.

Deux objections peuvent être faites à ce mode d'application de la méthode exploratrice : d'abord elle expose à dénuder l'artère dans l'étendue de 4 à 5 centimètres. Mais on produit une pareille dénudation dans la méthode de B. Bell, défendue par Abernethy, Maunoir et d'autres chirurgiens distingués, qui ont fait avec succès une double ligature avec section de l'artère dans l'intervalle.

Les recherches de Béclard et Briquet prouvent même qu'un segment d'artère continue de vivre, quoiqu'il n'ait plus de communication avec le tronc dont on l'a séparé. A plus forte raison doit-il continuer à vivre quand on l'a seulement dénudé dans une certaine étendue. N'a-t-on pas enfin tenté d'oblitérer les artères en les tordant au moyen d'une espèce de levier passé au-dessous du vaisseau ? La dénudation devait être ici assez grande.

On pourrait nous objecter encore la difficulté de la circulation doublement interceptée dans le tronc et dans l'une de ses principales branches ; mais les communications vasculaires sont trop multipliées entre les divisions pelviennes, par exemple, et celles de la partie postérieure de la cuisse et de la poplitée, pour craindre la gangrène par ce motif. Il existe, comme nous l'avons fait remarquer, des vaisseaux musculaires naissant en divers points de la crurale, au-dessous de la fémorale profonde, bien propres à rétablir la circula-

tion. Lorsque les circonflexes naissent du tronc crural, au-dessous de la profonde, une pareille crainte ne saurait avoir de fondement. Si, à ces considérations, on ajoute la certitude physique qu'offre la méthode opératoire exploratrice dont nous parlons, de mettre à l'abri des hémorrhagies trop souvent mortelles, il nous sera bien permis de lui attribuer quelque importance pratique. En résumé, quand on fait la ligature d'un tronc artériel, on doit explorer l'état de ses divisions de manière à placer le lien à une distance suffisante de toute collatérale importante au-dessus et au-dessous. Lorsqu'on ne peut s'éloigner assez de l'un de ses vaisseaux situés près de la ligature, il faut le comprendre en même temps dans un second lien. Nous avons eu occasion d'employer plusieurs fois ce mode d'application de la méthode exploratrice.

Obs. VIII. Un homme, âgé de quarante-cinq ans, s'ouvre avec une sorte de couteau l'artère radiale, à l'endroit où elle se recourbe pour pénétrer dans la paume de la main. L'hémorrhagie, arrêtée d'abord à l'aide de la compression, se renouvela plusieurs fois huit jours après, et nous détermina à lier le vaisseau dans le lieu blessé. Nous agrandissons la plaie de manière à découvrir et à explorer l'artère intéressée. Voyant naître près de la blessure plusieurs collatérales, nous plaçons des fils sur la radiale, la collatérale interne du pouce et sur une autre artériole. Le malade éprouva à peine une légère réaction ; les ligatures tombèrent sans accident, et la guérison s'effectua régulièrement. N'opérerait-on pas de la sorte si l'instrument vulnérant avait ouvert trois artères au lieu d'une seule? Quand on fait une opération quelconque, ne lie-t-on pas les vaisseaux multipliés qui y sont intéressés?

Obs. IX. *Anévrysme de la cubitale traitée infructueusement au moyen du perchlorure de fer ; ligature de l'humérale ; hémorrhagie par la tumeur anévrysmale ; ligature de la cubitale et d'une collatérale importante dans la plaie* ; *guérison.* — Tel est le résumé d'un fait intéressant de notre service, où nous eûmes à nous louer de notre dernière détermination. Nous avons cependant observé une hémorrhagie secondaire devenue mortelle chez un de nos opérés, mais provenant de la veine poplitée. Voici ce fait, d'après le docteur Rolland.

Obs. X. *Anévrysme faux consécutif de l'artère poplitée ; ligature de cette artère dénudée et explorée dans une étendue suffisante ; hémorrhagie secondaire par la veine mortifiée* ; *ligature tardive de la veine ; mort.* — Un homme, âgé de cinquante et un

ans, très-affaibli, souffrait d'une tumeur anévrysmale du jarret.

L'artère poplitée est isolée dans l'étendue de 4 centimètres et au-dessus de la tumeur étreinte d'un lien. Tout va bien jusqu'au cinquième jour; le malade, faisant des efforts pour se soulever, éprouve une hémorrhagie veineuse qui dure une heure et demie. L'interne de service n'est prévenu qu'après cette énorme perte de sang; aussi le malade est-il plongé dans une faiblesse extrême, qui devient mortelle malgré la ligature de la veine, que nous pratiquons, à la suite d'autres pertes de sang occasionnées par des secousses imprimées maladroitement au membre malade.

L'autopsie nous montre l'intégrité de l'artère poplitée, et la veine poplitée largement ouverte par une perte de substance de 3 centimètres d'étendue, ayant l'aspect de la gangrène qui semble aussi avoir envahi une partie du jarret.

A quoi attribuer ce désordre gangréneux, à la faiblesse du sujet, à la compression de la plaie par l'appareil et la position ? — L'artère cependant n'offrait pas d'altération. Nous avons cru néanmoins convenable de signaler ce cas malheureux à côté des deux succès précédents.

Nous venons d'exposer la méthode opératoire exploratrice, et donner des exemples de son application. On ne saurait nous objecter que dans toutes les opérations, le chirurgien explore les tissus qu'il divise ; car alors il agit pour exécuter une seule opération déjà déterminée.

La méthode que nous préconisons a pour but d'éviter une opération que l'on redoute, de restreindre une opération majeure, de ne se résoudre à sacrifier un membre, par exemple, qu'après sa nécessité démontrée par l'examen des parties malades mises successivement à découvert. Nous ne prétendons pas, du reste, que cette manière d'agir n'ait été, et ne soit jamais suivie. Nous pourrions rappeler plusieurs exemples où divers praticiens en ont fait une heureuse application. Mais c'était en quelque sorte par circonstance, sans règles prévues ; et c'est précisément en règle générale ou en précepte nettement formulés, que nous avons voulu ériger une manière d'opérer qui peut rendre de grands services à la chirurgie médicale et conservatrice. Voici nos conclusions à ce sujet :

1° La *méthode opératoire exploratrice* a pour but de prévenir les mutilations quelquefois effectuées par suite d'erreurs de diagnostic en mettant à découvert les altérations organiques.

2° Cette méthode permet de restreindre les opérations en faisant reconnaître l'étendue de désordres morbides.

3° Elle permet enfin de substituer en bien des cas une opération légère à une ou à plusieurs opérations considérables.

Pour atteindre ce but, lorsqu'une tumeur réclame l'emploi de l'instrument tranchant, on doit se demander si le diagnostic es bien établi quant à la nature du mal, à sa structure anatomique, à ses limites. En conséquence, avant de pratiquer l'ablation complète de la partie lésée qui paraît être indiquée, on doit s'efforcer de restreindre l'action thérapeutique 1° à une ponction exploratrice; 2° à l'énucléation; 3° à l'extirpation des tissus ambiants et altérés; 4° enfin, procéder à l'ablation de la partie entière. Ces opérations exploratrices successives sont nécessaires surtout quand, le mal siégeant dans un membre, le sacrifice peut en être exigé. Lorsque cette dernière opération peut être réclamée par suite d'une désorganisation traumatique ou morbide des tissus d'un membre ou d'une articulation, on doit faire précéder le sacrifice du membre par l'exploration directe des parties lésées, afin de limiter à ces dernières manœuvres une ablation parfois non indispensable. De là, en ces cas, l'utilité de l'excision des parties molles, de portions superficielles, de résections plus ou moins étendues, etc.

Pour arrêter les hémorrhagies provenant de l'ouverture accidentelle d'une artère, le chirurgien doit en général ne pas aller immédiatement découvrir le tronc vasculaire loin du lieu lésé, mais bien explorer celui-ci, constater l'état du vaisseau, afin de l'étreindre directement d'un fil. Est-on obligé de placer d'abord une ligature sur un tronc artériel, il faut explorer le vaisseau de manière à s'assurer de la position convenable du lien, loin des collatérales importantes.

Traitement de la blennorrhagie par la cautérisation de la muqueuse urétrale à l'aide du porte-caustique de Lallemant modifié;

Par M. DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux.

Au commencement de ce siècle, les cautérisations urétrales étaient fort en usage parmi les chirurgiens. Ducamp les avait remises à la mode dans les rétrécissements de l'urètre. Plus tard, elles furent de nouveau préconisées par M. Lallemand, dans le traitement des pertes séminales. Ces deux auteurs ont créé l'un et l'autre un porte-caustique auquel leur nom est attaché. En ces dernières années les cautérisations intra-urétrales ont été un peu délaissées, et cependant il est certaines circonstances où elles peuvent rendre de grands services; tel est, par exemple, la blennorrhagie passée à l'état chronique et durant depuis longtemps. Depuis quelques années, j'ai eu

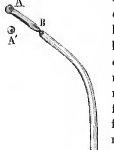
souvent recours à ce mode de traitement, et toujours avec succès. Toutefois, je dois le dire, je choisis en quelque sorte les cas où, suivant moi, cette méthode de traitement est souveraine. La première condition c'est la durée de l'écoulement et son indolence. Les premiers malades que j'ai soumis, il y a quatre ans, à ce mode de traitement étaient affectés d'urétrite chronique, l'un depuis vingt et l'autre depuis dix ans. L'écoulement chez ces deux malades était abondant, ils étaient l'un et l'autre dans le service de mon excellent maître, M. Ricord, à qui j'avais vu pratiquer ces cautérisations. Depuis cette époque, il m'est souvent arrivé d'y avoir recours à la Maison de santé, dans le service de M. Monod, avec l'aide et le concours de cet habile praticien.

Une seconde condition, aussi importante que la première, c'est que le canal soit parfaitement libre de tout obstacle ou rétrécissement, et que l'individu qui doit subir cette opération soit convenablement préparé. Cette cautérisation toutefois n'est pas bien douloureuse, elle m'a semblé moins douloureuse que les injections au nitrate d'argent à doses élevées, dont j'ai eu occasion de suivre les effets.

Les premières cautérisations que j'ai faites ont été pratiquées avec le porte-caustique de M. Lallemand fabriqué par M. Charrière. Mais cet instrument présente deux inconvénients : 1° il est trop court; 2° il manque de courbure ; 3° enfin, lorsqu'il est introduit profondément dans l'urètre, on ne sait pas si on a franchi le col de la vessie. Pour remédier à cet inconvénient, j'ai fait construire par M. Charrière un instrument plus long, avec une courbure plus grande; il devient alors plus facile de le faire pénétrer plus profondément, sans faire souffrir le malade. De plus, la cuvette de l'instrument est percée d'un trou dans toute sa longueur, ce qui permet à l'urine de s'écouler, quand l'instrument a pénétré dans la vessie. Il suffit de retirer un peu l'instrument, et on l'amène très-facilement à l'orifice du col vésical. Alors le chirurgien fait saillir la cuvette et retire doucement la sonde en imprimant, à l'aide de la chaîne de Vaucanson, un mouvement de rotation à la cuvette chargée de nitrate d'argent. Il importe que ce temps de l'opération ait lieu sans précipitation, afin que toute la muqueuse soit modifiée par l'agent modificateur.

A la suite de cette opération, le malade éprouve un sentiment de brûlure dans l'urètre et au col de la vessie. Pour calmer cette petite excitation, je fais prendre un bain prolongé au malade et je l'engage à boire abondamment une tisane légèrement diuré-

tique, afin de rendre la miction moins difficile et moins douloureuse. Je prescris également un demi-lavement matin et soir, avec quelques gouttes de laudanum. Pendant les premières vingt-quatre heures qui suivent cette opération, le malade rend un peu de sang en urinant. L'écoulement est augmenté, et il est sanguinolent; au bout de quelques jours, le malade n'accuse plus aucune douleur, l'écoulement a diminué notablement; il suffit alors de faire prendre au malade de 5 à 10 grammes de cubèbe matin et soir, de maintenir le malade à un régime un peu sévère, et de faire faire quelques injections astringentes au sulfate de zinc, 1 gramme de ce sel et 4 grammes de laudanum de Sydenham pour 200 grammes d'eau.



Ces cautérisations, que j'ai faites souvent depuis quatre ans, en prenant les précautions que j'ai indiquées plus haut, n'ont jamais amené d'accidents. Presque tous mes malades ont guéri. Il est bien entendu que ce mode de traitement, bien simple d'ailleurs, mais qui oblige le malade à garder le repos, et qui demande du soin de la part du chirurgien, doit être tenté en dernier lieu, quand les balsamiques à l'intérieur et que les astringents en injection ont échoué, et que l'écoulement n'est plus en quelque sorte qu'une habitude vicieuse de l'urètre. Il faudrait s'en abstenir, suivant moi, lorsque le canal est le siége du rétrécissement, l'écoulement dans ce cas étant secondaire.

Avant de publier cette note, j'ai voulu avoir l'avis de M. Cullerier sur ce sujet. Or, notre honorable collègue m'ayant dit que non-seulement il partageait ma manière de voir sur ce sujet, mais encore qu'il recourait aussi, et dans les mêmes circonstances, à la même médication, je me trouve par cette déclaration plus engagé à publier cette petite note. M. Monod a aussi recouru avec avantage à cette pratique, et dans une conversation que j'avais tout récemment avec lui, il me faisait remarquer que l'application du crayon de nitrate d'argent en nature était généralement bien moins douloureuse que la solution de ce sel, et que pour cette raison il préférait, dans les cas de blennorrhagies fort anciennes et rebelles, recourir à la cauté-

risation avec un porte-caustique plutôt qu'aux injections au nitrate d'argent à haute dose.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Action physiologique et thérapeutique des ferrugineux. — Avantages des préparations solubles sur les préparations insolubles;

Par M. A. Gélis.

L'emploi du fer remonte aux premiers âges de la médecine, et l'on a cherché à multiplier sans cesse les formes pharmaceutiques applicables au métal lui-même et à ses divers composés chimiques. Si l'on jette toutefois un coup d'œil d'ensemble sur ses nombreuses préparations, on les voit se former naturellement en deux groupes comprenant : le premier, les préparations insolubles dans l'eau; le second, les composés ferrugineux solubles.

Les préparations solubles de fer, que l'on employait dans la médecine ancienne et jusque dans ces derniers temps, résultaient, pour la plupart, de la combinaison du fer avec les acides minéraux, et plusieurs d'entre elles avaient fourni des résultats assez fâcheux pour que les médecins les eussent reléguées au second plan; on leur préférait, en général, les composés insolubles, lorsqu'il s'agissait de demander au fer ses propriétés toniques et réparatrices.

Ces composés insolubles avaient cependant aussi leurs inconvénients; on comprend facilement *à priori* qu'il n'est pas indifférent d'introduire le fer dans l'estomac, sous l'un ou l'autre état : tout composé insoluble réclame, pour être absorbé, la présence d'un dissolvant approprié, et ce dissolvant ne peut être, dans l'estomac, que le liquide sécrété par cet organe, le suc gastrique proprement dit; sans admettre des théories prématurées, on doit, ce me semble, regarder les sels solubles de fer comme propres à être absorbés directement, s'il n'intervient dans l'estomac une cause qui modifie leur forme chimique, et les désavantages qu'ils avaient présentés jusque-là ne pouvaient être attribués qu'à la nature des acides auxquels ils devaient leur solubilité. Il était donc intéressant de combiner le fer avec un agent qui ne modifiât en rien ses précieuses propriétés; c'est ce que j'ai fait en 1839.

Pénétré de l'importance de cette idée, au point de vue de la thérapeutique du fer, je fus amené à combiner le métal avec les acides organiques, et je crus opérer logiquement, en choisissant parmi eux

l'acide du suc gastrique, celui qui sert à dissoudre dans l'estomac les préparations insolubles de fer, en un mot l'acide lactique.

Les raisons qui m'ont conduit à proposer l'emploi du lactate de fer en nature ont été accueillies par un grand nombre de médecins, et l'on a vu bientôt se produire à la suite, et comme à l'envi, une foule de préparations solubles, qui avaient pour but avoué cette absorption plus facile que j'avais attribuée au lactate de fer ; il semblait si bien avéré pour tout le monde qu'il y avait un avantage réel à administrer les composés de fer à l'état soluble, que l'on chercha de tous côtés à perfectionner la préparation et le mode d'emploi des ferrugineux solubles déjà connus, mais difficiles à conserver ou à administrer, comme l'iodure de fer, par exemple.

On arrivait donc généralement à regarder la solubilité de ces préparations comme une de leurs propriétés dominantes, lorsque M. Quévenne publia son travail sur les ferrugineux et tenta de ramener les idées en arrière.

Les recherches de M. Quévenne ont été publiées en 1854, dans les Archives de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène ; elles forment un volume in-8° de 350 pages environ. C'est une œuvre de patience, qui se recommande principalement par l'abondance des détails, mais qui a été trop visiblement entreprise et exécutée dans l'intérêt d'une idée préconçue ; aussi a-t-elle soulevé, au moment de son apparition, plusieurs objections sérieuses, parmi lesquelles je citerai celles de M. Soubeiran, insérées dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

L'idée dominante du livre de M. Quevenne est celle-ci : Prouver que les préparations insolubles de fer, lorsqu'elles sont facilement attaquables par le suc gastrique, méritent la préférence sur les préparations solubles, quelles qu'elles soient. Il rapporte cette supériorité prétendue à trois causes, dont le simple énoncé pourra paraître singulier aux lecteurs un peu attentifs ; il admet :

1° Que toutes les préparations solubles de fer deviennent insolubles dans l'estomac.

2° Que l'acidité du suc gastrique n'est pas diminuée lorsque ce liquide dissout les préparations insolubles de fer.

3° Que l'estomac contient plus de fer en dissolution lorsqu'on a administré le fer réduit par l'hydrogène qu'après l'ingestion de tout autre ferrugineux, sans en excepter les sels solubles de fer ; d'où il tire cette conclusion, très-contestable suivant moi, que le fer réduit est le plus actif de tous les ferrugineux.

Je discuterai successivement chacune de ces trois propositions,

et j'examinerai si les expériences de M. Quevenne étaient de nature à lui faire atteindre le but qu'il s'était proposé. Ces expériences sont faites généralement avec conscience, mais leur auteur n'a pas toujours su tirer des résultats qu'il obtenait les conséquences qui en découlaient logiquement ; trop préoccupé par une idée qu'il croit vraie, il se refuse souvent à l'évidence et cherche laborieusement à adapter à ses vues des faits qui se seraient expliqués d'eux-mêmes dans un ordre d'idées différent ; on le voit, à diverses reprises, s'appuyer sur des résultats exacts et arriver à des conclusions erronées, parce que ses expériences, irréprochables dans les détails, pèchent presque toujours par la pensée qui les a ordonnées et groupées.

Lorsque M. Quevenne a écrit son livre, il venait de proposer l'emploi en médecine du fer réduit par l'hydrogène, et tout dans la rédaction de ce livre semble avoir été calculé au profit de cette préparation ; cette préoccupation, qui se trahit à chaque page, a réagi malheureusement sur l'ensemble du travail. Peut-être quelques personnes m'accuseront-elles d'avoir écrit cette note sous l'empire d'une idée semblable; je répondrai à ces personnes en les priant de me lire avant de discuter mes motifs; et, après avoir lu, elles penseront, je l'espère, que j'ai été dirigé dans cette discussion par un intérêt tout scientifique et par le désir bien légitime de démontrer que ce que j'admettais en 1839, dans mon premier travail sur les ferrugineux, a été confirmé par l'expérience et consolidé par le temps.

Ceci posé, j'entre immédiatement en matière.

I. *Est-il vrai que toutes les préparations solubles de fer soient précipitées par le suc gastrique*? — M. Quevenne répond affirmativement à cette question. Je lis à la page 41 de son livre : « La « plus grande partie de l'oxyde de fer des sels solubles de fer se trouve « précipitée dans l'estomac par les matières organiques qui s'y ren- « contrent. » Et à la page 194 : « Cette décomposition que subis- « sent les sels de fer au contact des matières alimentaires dans l'es- « tomac constitue une loi générale et peut-être sans exception..... « On voit d'après cela que, lors de l'administration des martiaux avec « les aliments, soit que l'on donne le fer à l'état insoluble ou sous « forme d'un sel soluble, le suc gastrique est appelé dans les deux « cas à réagir sur un corps insoluble. »

M. Quevenne appuie son affirmation : 1° sur des résultats obtenus et publiés séparément par MM. C.-G. Mitscherlich et Leras ; 2° sur quelques réactions qui lui sont propres.

Avant de discuter les expériences de M. Quevenne, je vais exa-

miner jusqu'à quel point il a le droit d'arguer des travaux de ces deux physiologistes en faveur de son opinion.

L'affirmation de M. Quevenne est parfaitement nette, mais elle est en contradiction avec les résultats de M. C.-G. Mitscherlich, auxquels elle tend à donner une signification qu'ils n'ont pas.

M. Mitscherlich a examiné, entre autres choses, l'action des sels de fer sur l'albumine; mais avant tout il établit, entre les différentes préparations de ce métal, relativement à leur action sur cette substance, des distinctions importantes, et c'est ce que M. Quevenne n'a pas fait.

Pour que le lecteur puisse juger lui-même le débat, je vais reproduire la citation [1] :

M. Mitscherlich dit : « Le fer métallique se combine avec l'oxygène « et donne des oxydes, quand on le met en présence de l'eau et des « acides, tels que l'acide acétique ou l'acide lactique ; il se forme de « l'acétate ou du lactate de protoxyde de fer, par suite de la décom- « position de l'eau. Cette oxydation, avec dégagement d'hydrogène, « se produit dans toutes les parties du corps qui sécrètent un acide « libre. Si le fer est administré à l'état d'oxyde, il se forme du lac- « tate.

« Il ne se dissout de fer métallique ou des oxydes que ce que les « acides libres en présence peuvent en dissoudre; le reste demeure « inaltéré et ne peut agir que mécaniquement, comme corps étran- « ger.

« De ce qui précède, il résulte que le fer métallique et les oxydes « de fer sont dissous par les acides libres de l'estomac; on doit donc, « pour connaître l'action ultérieure des ferrugineux sur l'organisme « animal, les étudier à ce point de vue. Chaque sel de fer agit sur les « liquides et les tissus du corps et se combine avec leurs diverses « parties constituantes, selon son affinité chimique; quelques sub- « stances, par exemple le tissu corné, font exception et ne donnent « pas de combinaisons avec les sels de fer...»

« Pour ce qui est de l'albumine, substance non encore isolée, et « que l'on ne connaît que combinée avec des sels, elle s'unit avec « les protosels de fer pour former des combinaisons solubles, tandis « que les sels de peroxyde, pris en proportions définies, forment « avec elles un précipité insoluble. »

....

« Les combinaisons des sels de fer avec les matières organiques,

---

[1] Lehrbuch der Arzneimittellehre, von Doctor C.-G. Mitscherlich, 1847.

« telles que l'albumine, la salive, qui sont solubles dans l'eau, peu-
« vent être absorbées par toutes les parties du corps. Parmi les com-
« binaisons insolubles dans l'eau, il y en a beaucoup de solubles
« dans l'acide acétique et l'acide chlorhydrique ; celles-là peuvent,
« par conséquent, être résorbées par toutes les parties du corps sé-
« crétant un acide libre, par exemple l'estomac. Quelques-unes, au
« contraire, sont insolubles dans l'eau et dans les acides, et ne peu-
« vent être assimilées ; elles sont rejetées au dehors. C'est pour cette
« raison qu'après l'usage interne des ferrugineux on trouve une
« quantité assez notable de fer dans les excréments. »

Je lis encore à la page 371 : « Le lactate de fer ne forme avec
« une dissolution d'albumine aucun précipité ; on obtient une li-
« queur claire qui, prise en excès et soumise à l'action de l'ammo-
« niaque caustique, se colore en rouge, sans donner lieu à un dépôt
« d'hydrate d'oxyde de fer. Le lait ne se coagule pas non plus par
« l'addition du lactate de fer ; il reste blanc et ne donne pas d'hy-
« drate par l'ammoniaque. Par suite, les combinaisons que ce sel
« forme avec les matières organiques sont solubles dans l'eau et
« prennent naissance dans le tube digestif, lorsqu'on en ingère une
« certaine quantité. »

Ainsi, que doit-on conclure de ce passage du livre de M. Mitscherlich ? que toutes les préparations de fer peuvent former dans l'estomac une combinaison avec l'albumine ; mais combinaison ne veut pas dire précipitation ; pour qu'il y ait précipitation, il faut que la combinaison formée soit insoluble, et c'est le contraire qui a lieu, pour toutes les préparations de fer dans lesquelles le fer est au minimum. En ce qui touche les préparations de fer au maximum, leur précipitation perd beaucoup de l'importance que l'on a voulu lui attribuer, puisque ses effets peuvent être annulés rapidement par l'action dissolvante de la sécrétion gastrique. Il est évident que M. Quevenne a pris un effet utile pour une influence défavorable ; il s'est complétement mépris sur le rôle que les matières albumineuses de l'estomac sont appelées à jouer dans la digestion du fer ; bien loin de rendre insolubles les préparations de ce métal, elles paraissent, au contraire, destinées à empêcher la séparation du fer par toute autre voie que l'assimilation. C'est un premier effet physiologique de la digestion qui animalise en quelque sorte la combinaison ferrugineuse ; non-seulement il place la dissolution métallique dans les conditions endosmotiques les plus favorables à l'absorption, mais encore il rend impossibles toutes les précipitations accidentelles qui tendent à annihiler le médicament dans les diffé-

rents points du parcours des intestins ; il le défend surtout contre les agents alcalins, car les combinaisons des sels de fer avec l'albumine ne sont point précipitées de leur dissolution acide par la potasse caustique et par l'ammoniaque. Ce fait, qui est d'accord avec les expériences de Davy sur la précipitation de certains métaux, est encore confirmé par plusieurs observations de M. Lassaigne.

Les résultats de M. Mitscherlich, invoqués par M. Quevenne, prouvent donc exactement le contraire de ce que ce dernier a voulu en déduire, puisqu'ils font voir que l'albumine ne retarde ni ne diminue l'action des préparations ferrugineuses en les précipitant, et qu'elle semble, au contraire, appelée à assurer la stabilité et par suite l'efficacité de ces médicaments.

Examinons maintenant les expériences de M. Leras, et voyons si elles seront plus favorables aux idées de M. Quevenne.

M. Leras commence par établir les deux propositions suivantes, que j'accepte complétement, mais que M. Quevenne ne devait certainement pas admettre.

En ce qui regarde les *composés de fer insolubles*, il pose en principe que la quantité de suc gastrique étant très-variable dans les individus différents et même dans chaque individu, il en résulte que les composés de fer insolubles qui ne peuvent avoir d'efficacité qu'en raison de l'acide existant dans l'estomac, au moment de l'ingestion, doivent être par conséquent très-incertains dans leur degré d'activité.

Il ajoute en outre : que c'est un inconvénient d'introduire ainsi dans l'estomac des substances dont l'effet est d'absorber une précieuse sécrétion que la nature avait destinée à un tout autre but.

Quant aux *composés solubles*, il faut, suivant lui, pour obtenir les effets voulus, les choisir tels qu'étant une fois introduits dans le canal intestinal, ils ne se transforment pas en corps insolubles.

Après avoir posé ces principes, M. Leras examine l'action exercée par tous les sels de fer sur le suc gastrique, et il arrive à conclure que tous les sels de fer sont précipités par ce liquide, à l'exception du tartrate ferrico-potassique et du pyrophosphate de fer et de soude. Mais sur ce dernier point, il y a désaccord complet entre lui et M. Quevenne.

En effet, je lis à la page 28 du livre de M. Quevenne, article *Étude du suc gastrique à l'état normal*, division B, dans laquelle il examine l'action du suc gastrique sur les différentes préparations solubles de fer :

« *Tartrate ferrico-potassique* (solution au 1/20).—Trouble jau-

« nâtre très-prononcé, puis flocons; ces phénomènes plus marqués « dans les premiers temps de la digestion que vers la fin. C'est un « des sels qui précipitent le plus abondamment le suc gastrique. »

. . . .

« *Pyro-phosphate de soude et de fer.* — Trouble abondamment « en blanc, et donne lieu à des flocons. »

Pourquoi ces contradictions? Elles me paraissent faciles à expliquer : les deux chimistes n'ont pas opéré avec le même liquide. M. Leras n'a emprunté le suc gastrique, dont il s'est servi, ni à l'homme, ni même à un animal carnivore, il l'a retiré de la caillette d'un bœuf. M. Quevenne, au contraire, donnait le nom de suc gastrique au liquide trouble qui se trouvait, mêlé aux aliments, dans l'estomac d'un chien, pendant l'acte de la digestion, et qu'il séparait des produits solides, au moyen d'un linge, c'est-à-dire au *chyme* exprimé. Ce liquide, de composition complexe et qui contient beaucoup plus de principes dissous que le suc gastrique ordinaire, provient en partie de l'économie, mais aussi des aliments simplement dissous ou modifiés, et ses propriétés participent évidemment de ces deux sources. Il est clair que ces deux produits ne pouvaient agir de la même manière.

M. Quevenne le savait tout aussi bien que moi; mais, par une inconséquence que je ne chercherai pas à expliquer, après avoir réfuté les expériences de M. Leras, qui lui paraissent inexactes, il utilise ces mêmes expériences et les trouve bonnes lorsqu'il s'agit de les opposer à ses adversaires. Cependant si les deux liquides, employés par les deux expérimentateurs, étaient assez peu semblables pour donner avec les deux réactifs que nous avons cités des résultats si différents, il est clair que M. Quevenne devait rejeter l'ensemble des expériences de M. Leras, comme n'étant pas comparables aux siennes, et il ne devait faire entrer dans sa discussion que ses propres résultats.

Ainsi, et pour des raisons différentes, M. Quevenne n'était pas plus fondé à s'appuyer sur les observations de M. Leras qu'à se baser sur celles de M. Mitscherlich, et c'est uniquement dans les expériences qui sont propres à M. Quevenne que je devrai chercher des preuves à l'appui de l'opinion qu'il soutient.

Voyons quelles sont ces expériences.

En versant du suc gastrique dans la dissolution des sels dont les noms suivent, M. Quevenne a observé les phénomènes suivants; je transcris :

« *Lactate de fer* (solution récente au 1/30). — Nébulosités, puis

« flocons en très-petite quantité, dans le suc provenant du mélange « des échantillons retirés d'heure en heure, pendant la durée de la « digestion, trouble prononcé dans celui de la première heure, « presque rien dans les autres. »

« *Protosulfate de fer* (solution au 1/10). — Rien d'abord, très-« léger dépôt le lendemain. »

« *Persulfate de fer.* — Nuage blanchâtre, puis flocons ténus. »

« *Perchlorure de fer.*— Comme le persulfate. »

« *Iodure de fer* (préparé le jour même et sans nul excès d'iode « ou de fer, solution à parties égales). — Simple nébulosité dans « le premier moment, et plus tard flocons blancs. »

En examinant avec attention chacune de ces réactions, on voit que la seule conclusion raisonnable qui en découle est celle que M. Mitscherlich avait tirée de ses expériences sur l'albumine ; les persels de fer sont les seuls qui précipitent nettement les matières organiques du liquide de M. Quevenne. En effet, lorsqu'on opère avec les protosels, les réactions n'ont rien de tranché; elles se réduisent à de simples nébulosités ou à des flocons légers, qui souvent n'apparaissent que le lendemain, et qu'il est facile d'expliquer, en songeant aux difficultés que présente la préparation des sels de fer au minimum, parfaitement exempts de sels de peroxyde, et à la rapidité avec laquelle ces derniers se forment au contact de l'air.

Du reste, le liquide employé par M. Quevenne, sous le nom de suc gastrique, est tellement complexe, qu'il est impossible de conclure quelque chose de ces apparences de réactions.

Mais alors même que les préparations de fer solubles seraient précipitées par les substances alimentaires ou l'albumine, comment cette précipitation pourrait-elle être invoquée pour prouver la supériorité d'action des préparations ferrugineuses insolubles ? M. Quevenne admet avec moi et avec tout le monde aujourd'hui que le fer métallique ne peut agir qu'après avoir été dissous par les liquides de l'estomac, car je lis à la page 41 : « que le fer n'a besoin pour « devenir efficace que d'être placé dans des conditions convenables « de dissolution. » Cette dissolution ne donne-t-elle pas pour résultat du lactate de fer, c'est-à-dire un sel soluble ? Ce sel soluble, aussitôt formé, se mélangera aux substances contenues dans l'estomac, et dès lors les conditions ne deviennent-elles pas égales? Si la précipitation des sels de fer par ces matières est inévitable, ce que je n'admets que dans certains cas, cette précipitation n'aura-t-elle pas lieu tout aussi bien quand le sel aura pris naissance dans l'estomac que lorsqu'il aura été administré tout préparé, et ne faudra-t-il pas

que le suc gastrique le redissolve? Dès lors, en donnant directement le lactate de fer, qui est un sel au minimum, j'aurai toujours épargné à l'estomac l'une de ces deux dissolutions, c'est-à-dire une opération chimique assez compliquée, qui ne peut s'effectuer sans qu'il en résulte une fatigue inutile pour cet organe, dans les cas les plus favorables, et des désordres fâcheux dans certains cas pathologiques.

Je passe à la seconde question. (*La fin au prochain numéro.*)

Moyen d'assurer la valeur des divers réactifs employés pour déceler la présence du sucre dans les urines.

On se rappelle l'empressement avec lequel a été accueillie la découverte de la liqueur cupro-potassique de M. Bareswil qui, appliquée à l'examen des urines, permettait d'y déceler la présence des plus petites quantités de glycose. Ce moyen, d'un emploi déjà si facile, fut encore simplifié en provoquant la réaction à l'aide d'un peu de potasse caustique. Des procédés d'analyse si prompts devaient rapidement se vulgariser. Leur usage, toutefois, n'était pas aussi sûr qu'on le croyait, et une cause d'erreur a semblé menacer l'avenir de cette précieuse conquête.

M. Béhier, dans une récente séance de la Société médicale des hôpitaux, est venu fournir de si nombreux exemples de l'infidélité de ces réactifs, que si la chimie ne nous avait fourni immédiatement le moyen de parer à cette cause d'erreur, ces procédés d'analyse auraient dû être rejetés de la pratique courante. En effet, M. Béhier a fait voir que les urines d'un très-grand nombre d'individus affectés de maladies diverses se coloraient par la potasse, et même précipitaient par le liquide cupro-potassique.

L'infidélité des réactifs, dans ces cas, n'était pas un fait nouveau, et M. Becquerel en avait signalé la cause dans son Traité de chimie pathologique. Voici, d'après cet auteur, le moyen de détruire les éléments des urines, autres que le sucre, qui provoquent la coloration du liquide et qui rend toute leur valeur à ces réactifs.

« On prend une quantité déterminée d'urine, 30 grammes, on la traite par une petite quantité d'acétate de plomb solide et cristallisé, soit 2 grammes ; on fait chauffer le mélange et l'on a immédiatement un précipité abondant de couleur blanc sale ; on filtre ce liquide, et, une fois filtré, on le traite par le sulfate de soude en excès. Si, par exemple, on a mis 2 grammes d'acétate de plomb, on y ajoute 4 grammes de sulfate de soude ; ce deuxième mélange opéré, on chauffe de nouveau et le sulfate de plomb se précipite ; on filtre de nouveau et

on a pour résidu un liquide clair, transparent, qui contient du sucre quand il y en a, de l'urée et quelques sels insignifiants. L'urine, ainsi traitée, ne réduit les réactifs cupro-potassique et ne brunit la potasse que lorsqu'il y a du sucre. Ces deux réactifs sont alors parfaitement fidèles, très-exacts et ne donnent ces résultats que lorsque le sucre s'y trouve.

« Si l'urine dans laquelle on veut rechercher ce principe contient de l'albumine, l'acétate de plomb solide coagule ce principe immédiat, en même temps que les autres matières organiques, et l'on n'est plus embarrassé par lui lorsqu'on veut chercher le sucre.

« Il résulte de là que toutes les fois qu'on voudra déceler la présence du sucre dans une urine quelconque, albumineuse ou non, on aura dans le liquide cupro-potassique et dans la potasse deux excellents réactifs ; mais à la condition qu'on traitera préalablement cette urine par l'acétate de plomb solide et le sulfate de soude, dont la double réaction entraînera toutes les matières étrangères acides ou organiques qui pourraient réduire, décolorer ou verdir le liquide cupro-potassique et brunir la potasse. »

De la préparation des pastilles de pepsine.

Les services rendus par la pepsine ont conduit à rechercher la forme médicamenteuse la plus agréable pour la médecine des enfants. M. Corvisart, à qui l'on doit cette précieuse acquisition thérapeutique, avait cru avoir résolu le problème en faisant préparer un sirop de cerises, à base de pepsine. Une étude des réactions provoquées entre le sucre et la pepsine ont démontré à M. Berthé qu'une partie du nouvel agent médicamenteux était modifiée et transformée en glucose et en acide lactique. En présence de ce résultat, l'honorable pharmacien s'est ingénié à trouver une autre forme pharmaceutique qui mît la pepsine à l'abri de toute altération. La présence de l'eau étant la cause principale de cette altération, M. Berthé a été conduit à choisir la forme de pastilles. Voici le mode de préparation qu'il a suivi :

Avec un mucilage de gomme arabique on fait une pâte ferme dans les conditions ordinaires, qu'on aromatise avec quelques gouttes d'essence de citron ; lorsque la masse est parfaitement homogène on y ajoute, par chaque pastille, 25 centigrammes de pepsine amylacée, puis on divise par les procédés connus ; on porte aussitôt dans une étuve chauffée de 25 à 30 degrés.

La dessiccation dans ces conditions s'opère très-rapidement, et les pastilles obtenues, très-agréables au goût, n'attirent point l'humidité.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur l'application de la sonde dans les cas d'asphyxie par submersion.

Quoique l'emploi des moyens conseillés dans ces cas soient, en général, couronnés de succès quand l'asphyxie est incomplète et date seulement de peu de minutes, il n'est malheureusement que trop vrai que chaque jour, et surtout dans la saison des bains, les journaux rapportent des faits de mort par submersion.

Il faut ajouter aussi que le plus grand nombre des médecins ignore avec quelle activité, quelle énergie les moyens thérapeutiques doivent être mis en œuvre pour rappeler à la vie un cadavre encore vivant, dont la mort apparente peut se changer d'un moment à l'autre en mort réelle.

Rappelons en quelques mots le traitement usité : 1° la saignée générale, quand il y a congestion pulmonaire ou cérébrale ; celle de la jugulaire ou les sangsues derrière les oreilles, si la face est violacée ; sangsues sur la poitrine, si la saignée du bras a été sans évacuation ; 2° frictions sur tout le corps, et principalement sur le rachis et la poitrine avec la pommade ammoniacale ou l'essence de térébenthine ; 3° inspirations par les fosses nasales des vapeurs d'ammoniaque, d'éther, de vinaigre acétique ; 4° application de l'électricité sur la région du cœur ; 5° enfin un vomitif, si l'estomac et les bronches sont embarrassés de nourriture, d'eau ou de mucosités.

Ainsi que l'insufflation dont nous allons parler, tous ces moyens doivent être immédiatement et simultanément mis en usage, et rien n'est plus facile que de les avoir à portée de l'homme de l'art dans les localités qui, comme la nôtre, sont arrosées par une rivière fréquentée des baigneurs. Quelque peu dangereux que puissent être ces cours d'eau, pas un été ne se passe sans qu'on ait à compter quelques victimes.

L'insufflation est généralement le moyen puissant, souvent même le seul efficace, puisqu'il a suffi bien des fois pour rappeler à la vie des asphyxiés, enfants ou adultes, quand les autres avaient échoué. Il n'en est pas non plus de plus simple, de plus rationnel.

Pour le pratiquer, on a eu recours au soufflet, à la sonde de Chaussier et, en dernier lieu, à l'insufflation de bouche à bouche. L'insufflation à l'aide du soufflet a été rejetée et avec raison, le moyen étant impuissant sinon inoffensif. La sonde de Chaussier n'a guère été mise en usage d'après ce que j'ai vu et lu ; serait-ce à cause de la difficulté de son introduction dans le larynx ?

La plupart des médecins ont recours à l'insufflation naturelle, c'est-à-dire qu'ils aspirent de l'air atmosphérique et le soufflent brusquement dans la bouche de l'asphyxié. Il est pourtant bien certain que la moitié, si ce n'est la totalité peut-être de cet air n'arrive pas dans les poumons; qu'il frappe le voile du palais et, si l'épiglotte est fermée, arrive dans l'œsophage, dans l'estomac ; à plus forte raison ne pénètre-t-il pas dans les bronches, surtout si elles sont, ainsi que la bouche, remplies de mucosités. Et l'épiglotte fût-elle ouverte, les bronches sans mucosités, que la plus grande partie de l'air passerait par le pharynx, l'ouverture étant trois fois plus large que celle du larynx ; fait qu'il est très-facile de constater.

Dans les cas d'engouement, après avoir débarrassé la bouche, un vomitif, s'il pouvait être administré et agir, aurait les meilleurs résultats, ce qui n'empêche pas l'introduction immédiate de la sonde dans le larynx. Ne pourrait-on pas même se servir de cette sonde pour faire arriver le vomitif dans l'estomac? L'instrument serait introduit par les fosses nasales, si la contraction des muscles de la mâchoire ne permettait pas l'ouverture de la bouche.

La sonde recourbée que nous proposons, qui peut-être a déjà été inventée et mise en usage, serait en argent, d'une longueur de 25 à 35 centimètres, variant de grosseur selon l'âge; l'extrémité inférieure, terminée en olive, aurait un diamètre double, lequel diamètre irait en augmentant jusqu'à l'extrémité supérieure terminée en pavillon.

Dans les cas de contractions fort énergiques des mâchoires, alors que l'asphyxié présente un état tétanique, et où la vie est prête à s'échapper, il n'y a pas à hésiter, on doit fracturer deux ou trois dents, et même pratiquer la trachéotomie, si l'insufflation demeure le seul moyen de sauver le malade.

Le médecin alors ne doit pas craindre d'employer les dernières ressources de l'art, moyens qui paraîtront peut-être violents au vulgaire ; mais il ne tiendra compte ni des observations ni des reproches, certain qu'il sera qu'il agit selon les préceptes de la science et obéit aux devoirs les plus sacrés de l'humanité. *In extremis morbis, extrema remedia.*

Dr Paris,
à Gray (Haute-Saône).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité thérapeutique des eaux minérales de France et de l'étranger, et de leur emploi dans les maladies chroniques, par le docteur Max. Durand-Fardel, médecin inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy, secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris. Paris, 1857. Un volume in-8 de 758 pages avec une carte coloriée; chez Germer Baillière.

Le traité thérapeutique des eaux minérales que vient de publier M. Durand-Fardel était certainement l'un des livres les plus ardemment désirés de la génération médicale actuelle. Que serait, en effet, la thérapeutique dans un assez grand nombre de maladies, et en particulier dans les maladies chroniques, sans les eaux minérales, sans ces puissants moyens de modification et de rénovation organique! Et cependant, qui de nous, fût-il même un médecin très-instruit et très-laborieux, pouvait se vanter d'obéir toujours à des notions bien précises sur les indications curatives, lorsqu'il adressait un malade plutôt à une station thermale qu'à une autre!...

Sans doute il y avait la notoriété, certains grands résultats acquis au profit de telle ou telle grande classe d'eaux minérales, au profit de tel ou tel établissement en particulier. On savait, par exemple, que la diathèse scrofuleuse est très-avantageusement modifiée par les eaux chlorurées sodiques, Bourbonne, Uriage, Kreusnach, Nauheim, etc.; que la diathèse herpétique réclame les eaux sulfurées, Barèges, Luchon, Ax, Enghien, etc.; la diathèse urique, les eaux bicarbonatées sodiques, Vichy, Ems, Vals, Saint-Alban, etc.; le rhumatisme, les eaux à température élevée et à installation hydrothérapique complète, Aix en Savoie, Aix-la-Chapelle, Néris, Chaudesaigues, etc. Pour les maladies de certains appareils organiques, l'expérience générale avait sanctionné certains établissements et certains groupes d'eaux; pour les maladies catarrhales de l'appareil respiratoire, plusieurs eaux sulfurées, Bonnes, Cauterets, Allevard, Enghien, etc., ou bicarbonatées sodiques, Ems, le mont Dore; pour les maladies de l'appareil digestif et de ses annexes, les eaux bicarbonatées sodiques, et pour les affections névropathiques, Plombières en France, Ems à l'étranger, etc., etc.

Mais de ces notions éparses et confuses, formant en quelque sorte l'unique patrimoine des médecins en fait d'eaux minérales, notions auxquelles quelques-uns de nos confrères joignaient parfois des notions expérimentales de contre-indications, empruntées presque toutes à des faits malheureux, de ces notions que l'on ne peut pas décorer du nom de scientifiques à une appropriation des eaux miné-

rales aux nécessités de la pratique, à leur rapprochement des divers états morbides qu'elles sont appelées à combattre, au choix à faire entre elles suivant ces mêmes états morbides, mais aussi et surtout suivant les circonstances particulières d'un cas donné, il y avait loin, et si l'idée que M. Durand-Fardel a mise à exécution est venue plus d'une fois à bien d'autres qui ont tenté quelque chose dans cette voie, il faut lui rendre cette justice que seul il n'a pas reculé devant les difficultés de l'ensemble de toutes ces questions, et que sans chercher à l'amoindrir, il s'est montré cependant à la hauteur de la tâche qu'il s'était donnée. Aussi bien il appartenait plus à lui qu'à tout autre, au médecin que sa position de secrétaire de la Société d'hydrologie met en rapport avec tous les médecins des établissements d'eaux minérales de la France et de l'étranger, de tenter une systématisation thérapeutique des eaux minérales, et la Société d'hydrologie a beaucoup à revendiquer sans doute dans l'œuvre de son secrétaire, qui n'eût probablement pas pu conduire cette œuvre à fin sans les précieux renseignements qu'elle lui a fournis.

Le livre de M. Durand-Fardel a le grand mérite d'avoir tenté de ramener la détermination et le choix d'une eau minérale à un problème de thérapeutique ordinaire. Partant, dans l'étude des eaux minérales des maladies ou des groupes pathologiques auxquels ces eaux sont applicables, au lieu de rattacher les applications médicales à la considération de la composition chimique et du classement des eaux elles-mêmes, il a dégagé la spécialisation des eaux minérales, soit envisagées en groupes, soit prises isolément, des applications multipliées auxquelles les rendent propres aussi, soit leur constitution même, soit les conditions communes à la plupart des eaux minérales, procédés thérapeutiques, propriétés excitantes, conditions hygiéniques, etc. On voit que M. Durand-Fardel a tenté un essai de thérapeutique générale des eaux minérales, mais, bien entendu, avec la spécialisation à la suite, partant de l'analyse pour créer la synthèse, mais procédant de nouveau des faits synthétisés, pour donner un nouvel appui aux faits expérimentaux déjà acquis à la science.

L'ouvrage de M. Durand-Fardel est divisé en deux parties, dont l'une sert, à proprement parler, d'introduction à l'autre ; c'est la première, dans laquelle il passe en revue la constitution organique des eaux minérales (température, origine, composition chimique), leurs différents modes d'administration (usage interne, bains, douches, douches ascendantes, gaz et vapeurs, inhalations par les eaux minérales, boues minérales), enfin les conditions hygiéniques. Sur

tous ces points, nous aimons à le reconnaître, l'ouvrage de M. Durand-Fardel offre, dans un résumé très-net et très-concis, les notions les plus substantielles et les plus utiles. Viennent ensuite la classification des eaux minérales et la distribution géographique de ces eaux, enfin l'étude des classes particulières d'eaux minérales. Pour la classification, M. Durand-Fardel a suivi celle qui a été adoptée par les auteurs très-compétents, il faut bien l'avouer, de l'Annuaire des eaux de la France, qui n'admettent que cinq classes d'eaux minérales : 1° *eaux sulfurées*, divisées en *sodiques* et *calcaires ;* 2° *eaux chlorurées*, *sodiques*, *simples* et *sulfureuses ;* 3° *eaux bicarbonatées*, divisées en *sodiques*, *calcaires* et *mixtes ;* 4° *eaux sulfatées*, divisées en *sodiques*, *calcaires*, *magnésiennes* et *mixtes ;* 5° enfin, *eaux ferrugineuses*, *simples* et *manganésiennes*. Plus parfaite que celles qui l'ont précédée, cette classification a néanmoins conduit M. Durand-Fardel à déplacer des eaux minérales de leur ancienne situation, que l'habitude et la routine voulaient leur maintenir, et nous avons entendu, par exemple, reprocher sérieusement à M. Durand-Fardel d'avoir retiré les eaux d'Aix-la-Chapelle du groupe des eaux sulfureuses, pour les placer dans les eaux chlorurées sodiques, comme si les eaux d'Aix ne pouvaient pas aussi bien appartenir à ces dernières par leur forte proportion de chlorure de sodium, de sulfates et de carbonates. Ces féroces défenseurs du *statu quo* ignorent-ils donc que les classifications doivent être, précisément pour être durables, des cadres mobiles et élastiques, se prêtant aux exigences de la science et permettant toujours au progrès de se faire jour ?

Pour nous, cette partie du livre de M. Durand-Fardel laisse à désirer sous un seul point de vue : c'est par l'absence complète de renseignements sur la situation des établissements, sur leur aménagement, et sur les ressources variées qu'ils offrent aux malades. Quelque bonnes que puissent être des eaux minérales, si elles ne réunissent pas le confortable nécessaire, et surtout les conditions d'appropriation indispensables à leur emploi, elles doivent ne plus occuper qu'une place secondaire, en rapport tout au plus avec le voisinage des malades; mais les médecins, qui envoient de loin des malades dans des stations minérales, s'exposeront toujours beaucoup, si ceux-ci n'y trouvent pas réunis le confortable et l'utile. Avec quelques lignes de plus, M. Durand-Fardel aurait comblé cette lacune, et nous ne doutons pas qu'il fasse droit à notre demande dans sa seconde et très-prochaine édition.

La deuxième partie du traité des eaux minérales, la partie dog-

matique, le véritable livre enfin, débute par un chapitre sur la pathogénie des maladies chroniques. Après cette éloquente, mais d'ailleurs assez malheureuse tentative du célèbre Dumas, de Montpellier, c'était s'exposer beaucoup que de tenter de pénétrer dans le mécanisme étiologique des maladies, de vouloir saisir dans la profondeur de nos tissus et de nos forces les changements intimes qui préparent et précèdent leur développement. Aussi M. Durand-Fardel a-t-il tourné la difficulté et s'est-il contenté de fixer l'attention sur ces conditions générales de l'économie qui paraissent dominer le développement des maladies chroniques, états diathésiques, états constitutionnels, fort mal connus dans leur essence, et qui se manifestent surtout par leurs résultats souvent aussi peu déterminés et aussi peu pénétrables qu'eux-mêmes. Aussi bien n'y a-t-il pas quelque confusion là-dessous, et ne pourrait-t-on pas se demander si l'état diathésique ou constitutionnel n'est pas un simple obstacle à la guérison de la maladie, une raison de sa modalité propre plutôt que la cause réelle de son existence?

Ce sont là des problèmes de philosophie médicale très-ardus, et que peut-être même nous aurions préféré ne pas voir aborder par M. Durand-Fardel. Mais notre savant confrère n'a pas cru devoir reculer devant cette généralisation, précisément parce qu'il y cherchait la réfutation de cette objection tant de fois adressée aux eaux minérales comme à la matière médicale tout entière, que guérissant tout elles ne guérissent rien. Le caractère essentiel des indications que les eaux minérales sont propres à remplir, dit-il, est d'être générales et de s'adresser à des états constitutionnels et à des états diathésiques; rien d'étonnant, par conséquent, que des états morbides souvent très-différents en apparence, mais en réalité réunis les uns aux autres par une solidarité diathésique ou constitutionnelle, trouvent dans une eau spéciale ou dans un groupe particulier d'eaux leur modificateur utile. Rien de mieux, sans doute, pour les cas où l'on peut saisir ces états diathésiques et constitutionnels, et l'on peut dire qu'il est des cas où c'est seulement par la modification générale adressée à cette espèce d'entité que l'on peut se rendre compte de la guérison. Mais là où il n'existe ni diathèse, ni état constitutionnel apparent, là où on n'en trouve même pas traces dans l'hérédité, que ferez-vous? Irez-vous les admettre quand même? L'opinion de M. Durand-Fardel est donc une idée vraie, mais que son exagération même peut compromettre. C'est la présence d'un état diathésique ou constitutionnel, et la modification de cet état particulier, résultant des conditions nouvelles produites dans l'éco-

nomie par le traitement thermal, qui expliquent l'utilité dans un cas donné d'eaux minérales en apparence si différentes; mais pas d'idée exclusive : les eaux minérales sont des médicaments et peuvent agir comme tels, soit à l'intérieur soit à l'extérieur; et d'ailleurs les eaux minérales ne remplissent-elles pas des indications locales? Pour les maladies cutanées, par exemple, nous demandons s'il n'y a pas à faire aussi, dans certains cas, une large part à ces bains locaux véritablement médicamenteux, prolongés souvent d'une manière si démesurée, que l'on emploie dans les stations thermales destinées au traitement plus particulier de ces maladies.

Nous arrivons enfin à la partie pratique de ce livre, celle dans laquelle M. Durand-Fardel a cherché à faire la lumière au milieu de ce chaos d'opinions contradictoires relatives au choix d'une eau minérale dans un cas donné. Scrofules, diathèse herpétique, maladies de l'appareil respiratoire, rhumatisme, goutte, maladies de l'estomac et des intestins, maladies du foie, gravelle urique, maladies de matrice, paralysie, syphilis, chlorose et anémie, tels sont les principaux chapitres autour desquels M. Durand-Fardel a groupé les renseignements si utiles qu'il a puisés dans les livres, les brochures, publiés en France et à l'étranger et dont les moins intéressants ne sont certainement pas ceux qu'il a empruntés à sa propre expérience. Nous avons lu tous ces chapitres avec la plus grande satisfaction, et nous ajouterons qu'ils nous ont appris beaucoup, qu'ils ont redressé nos convictions sur plusieurs points, bien que sur plusieurs autres nous résistions encore aux raisons de M. Durand-Fardel; mais ce que nous ne pouvons pas ne pas faire remarquer, c'est combien peu M. Durand-Fardel s'est montré fidèle à sa théorie favorite des diathèses et de l'état constitutionnel. Comment! pas un chapitre pour l'*état catarrhal* pris isolément, pas un chapitre surtout pour l'*état nerveux* ou *névropathique*, indépendant de ses localisations dans l'estomac, dans l'intestin, etc., etc.; et, d'un autre côté, dans cette classification, les notions localisatrices heurtent à chaque pas les idées de généralisation. C'est que rien n'est difficile comme de concilier les exigences de la pratique avec une théorie, si ingénieuse et si près de la vérité qu'elle puisse être. C'est qu'il est bien difficile également de rompre en un jour avec les convictions de toute sa vie. Organicien par habitude et par éducation, M. Durand-Fardel étouffe en quelque sorte dans cet habit de vitaliste néophyte, recule devant l'application rigoureuse de ses principes, et, dans son désir de concilier les dogmes opposés de la généralisation et de la localisation,

le vitalisme et l'organicisme, il sacrifie d'une main dans la théorie ce qu'il relève un peu plus loin de l'autre main dans la pratique.

Concluons que dans l'état actuel de nos connaissances relativement aux eaux minérales, toute généralisation est peut-être prématurée, et que M. Durand-Fardel a porté la peine de la difficulté et de l'impossibilité même de ce travail.

Toutes ces remarques, adressées plutôt à la partie théorique qu'à la partie pratique, ne doivent pas nous empêcher de rendre pleine et entière justice à ce livre, l'un des plus solides, des plus sérieux et des mieux nourris de faits qui aient paru depuis longtemps ; un livre vraiment indispensable à tout homme qui voit des malades, et que nous avons été heureux d'avoir sous la main pour nous guider dans des circonstances embarrassantes. La lecture en est d'ailleurs attrayante, le style clair, facile, souvent même élégant. Le succès ne peut donc lui manquer, et nous pensons qu'il dépend de l'auteur d'en faire, dans les éditions successives, le véritable *vade-mecum* des médecins ; nous ne dirons pas des malades, car nous tenons en médiocre estime l'opinion qu'ils peuvent avoir en fait d'eaux minérales, et nous félicitons M. Durand-Fardel de ce que la forme particulière de son livre le privera probablement du contact des gens du monde et du succès facile qu'il aurait pu leur demander.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Nouveau cas de mort par l'amylène. — Pendant que les expériences se poursuivent partout avec des résultats presque identiques à ceux déjà obtenus en Angleterre et en France, pendant que les journaux espagnols et portugais nous apportent des conclusions presque entièrement calquées sur celles que nous avons formulées nous-même, un nouveau cas de mort à la suite des inhalations de cet agent anesthésique est venu jeter dans les esprits une grande incertitude, et le rapport lu par M. le professeur Jobert, de Lamballe, à l'Académie de médecine, les paroles graves, l'espèce de condamnation prononcée par un chirurgien aussi haut placé que M. Velpeau, sont venus encore ajouter à l'effet bien naturel produit par ce triste événement.

Nous ne connaissons du rapport de M. Jobert que ce que nous avons pu en saisir à une première audition, et il nous est par conséquent impossible de nous prononcer à son endroit. Tout ce que

nous pouvons dire, c'est que les expériences du savant professeur nous paraissent l'avoir conduit à des résultats bien étranges et bien différents de ceux que nous avons constatés nous-même ; nous n'acceptons donc encore que sous toutes réserves le jugement qu'il a formulé ainsi : l'amylène a les inconvénients du chloroforme, sans en avoir les avantages. Mais, dira-t-on, le nouveau fait de mort à la suite des inhalations d'amylène, que faut-il en penser ? Nous allons donc le faire passer brièvement sous les yeux de nos lecteurs, et nous leur dirons ensuite l'impression que ce fait nous a laissée.

C'est dans un cas d'opération peu grave et peu douloureuse que M. Snow a eu le malheur, pour la deuxième fois, de perdre un malade, à la suite des inhalations d'amylène ; il s'agissait d'enlever une petite tumeur épithéliale sur le dos. L'inhalation d'amylène s'était faite sans difficulté au moyen de l'appareil de M. Snow ; au bout de deux minutes, le malade avait perdu connaissance.

Pour faciliter l'opération, le malade, qui était couché sur le côté, dut être retourné sur le visage ; nous cherchions à le mettre dans cette position, lorsque tout à coup, dans une sorte d'attaque d'hystérie, il se prit à partir d'un gros éclat de rire, et ce ne fut qu'avec peine qu'on put le maintenir sur la table. On ne fit rien pendant cette excitation, qui dura une minute. Lorsqu'elle fut calmée, j'administrai un peu plus d'amylène, quoique le malade ne fût pas revenu à lui, et M. Awkins pratiqua l'opération, qui ne dura pas plus de deux minutes. Pendant ce temps, le malade, tourné sur la face, reposait, je crois, sur les genoux et sur les coudes. Il laissait entendre des mots incohérents et faisait quelques efforts facilement répressibles. Je lui donnai à deux reprises un peu d'amylène, pour prévenir pendant l'opération son retour à la connaissance ; et, dans ce but, je lui tournai un peu la tête de côté, en le soulevant légèrement au-dessus de la table. Je pensais qu'il n'était plus besoin d'amylène, et je m'attendais à le voir réveiller aussitôt que M. Awkins aurait terminé la suture, lorsque les membres du malade se relâchèrent, et sa respiration, quoique assez libre, prit un caractère bruyant et ronflant.

Cet état, assez commun lorsqu'on emploie le chloroforme, n'inspire ordinairement aucune crainte ; mais je sentis qu'il ne devait pas en être ainsi avec l'amylène, surtout quand on avait cessé de l'administrer. J'interrogeai donc tout d'abord le pouls au poignet ; il était difficile à trouver, si même on pouvait le sentir. Je fis part de mon inquiétude à M. Awkins, et nous plaçâmes immédiatement le malade sur le dos. Son visage était déjà livide, sa respiration pénible. Nous pratiquâmes alors l'insufflation des poumons, bouche à bouche, et des actes spontanés de respiration, pendant lesquels l'air semblait pénétrer librement les poumons, se produisirent entre les insufflations. Au bout de deux minutes, les lèvres avaient repris leur couleur, et le malade avait tout l'aspect d'une personne ordinaire. Cependant le pouls ne pouvait se sentir au poignet.

Personne n'ausculta, de crainte d'interrompre la respiration artificielle. Après deux ou trois minutes, on eut recours à la méthode de respiration de M. Marshall-Hall, et les chirurgiens internes (house-surgeons), aidés par les

assistants, exécutèrent fort bien les prescriptions de la *ready method* une heure et demie durant, avec deux courtes interruptions dont nous allons parler. Durant trois quarts d'heure, il y eut des inspirations spontanées : alors l'air entrait dans les poumons en même temps que celui qui s'introduisait lorsqu'on retournait le malade. Vingt minutes après l'accident, on suspendit la respiration artificielle pendant un quart de minute, pour me laisser ausculter le malade. Il me sembla entendre le cœur battre régulièrement, mais très-faiblement, et certainement il y avait un bon murmure vésiculaire, l'air semblait pénétrer le poumon par la propre respiration du malade, aussi librement qu'à l'état de santé. Après trois quarts d'heure, avec la permission de M. Hawkins, j'introduisis deux épingles à bec-de-lièvre, mises en communication avec une batterie électro-magnétique, dans l'intention de pratiquer la galvano-puncture du cœur. Les aiguilles furent plongées à une profondeur d'un pouce et demi entre les cartilages des côtes, immédiatement à gauche du sternum et au niveau du mamelon. On trouva plus tard qu'elles avaient traversé les parois du ventricule gauche, près de la cloison, mais sans entrer dans sa cavité. A la première application des aiguilles, le muscle pectoral se contracta comme sous l'influence d'un frisson, mais aucun effet ne fut produit sur le cœur. Les aiguilles avaient probablement été entourées jusqu'à leur pointe d'une substance non conductrice. Alors il n'y eut plus d'efforts d'inspirations, mais probablement une simple coïncidence. La batterie électro-magnétique avait d'abord été employée, au moyen d'éponges appliquées de chaque côté de la poitrine, mais sans produire d'effet.

Nécropsie. — Le lendemain, M. Holmes, conservateur du musée de l'hôpital, pratiqua l'autopsie. Une grande quantité d'un sang noir s'écoula des cavités droites du cœur; les cavités gauches ne contenaient que peu de sang. Le cœur était pâle et un peu friable; mais l'examen microscopique n'accusa aucune dégénérescence graisseuse. Les poumons étaient modérément injectés et contenaient quelques petites tumeurs épithéliales de la même nature que celles qu'on enleva sur le dos. Un des reins contenait un grand kyste; les autres organes étaient sains. Les vaisseaux du cerveau n'étaient pas distendus, et cet organe était moins vasculaire qu'il ne l'est ordinairement après une mort subite. Le corps n'exhalait aucune odeur d'amylène.

Nous ne voulons pas nier la gravité d'un fait tel que celui-ci ; mais est-il bien prouvé que ce soit à l'amylène, et à l'amylène seulement, qu'il faut rapporter ce triste événement. N'y a-t-il donc rien dans le mode d'administration qui laisse à désirer et qui puisse faire penser que l'amylène n'a pas tous les torts?

Plus nous relisons cette observation et plus nous y trouvons, au contraire, de raisons de penser que l'amylène a été administré avec peu de précautions et surtout sans qu'on se soit préoccupé le moins du monde des chances d'asphyxie. Et d'abord, le malade, qui était couché sur le côté, *fut retourné sur le visage,* dit M. Snow; mais sur quoi reposait-il? Il reposait, *je crois,* sur les genoux et sur les coudes, ajoute M. Snow. Ainsi M. Snow ne peut dire quelle position avait au juste le malade; il ne s'en préoccupe que lorsqu'il l'en-

tend prononcer des mots incohérents et faire quelques efforts, et encore est-ce pour lui donner de nouveau de l'amylène. Plus tard, il lui tourne un peu la tête de côté, en la soulevant légèrement au-dessus de la table. Mais qui peut savoir si par hasard il n'avait pas le visage appuyé sur le lit, et qu'y a-t-il d'extraordinaire à ce que le malade, ne respirant plus assez d'air, ait pu être asphyxié par la vapeur d'amylène. Or, par asphyxie, nous n'entendons pas seulement l'asphyxie par privation d'air, mais l'intoxication résultant de l'emploi presque exclusif des vapeurs d'amylène, s'ajoutant au défaut ou à la privation d'air. Qui donc peut affirmer que le chloroforme, administré de la même manière et avec aussi peu de précautions, n'eût pas déterminé la mort dans le même temps et peut-être dans un temps plus court ?

Nous sommes donc surpris que personne n'ait songé à faire une part dans ce triste événement au mode d'emploi de l'agent anesthésique, et, sans vouloir rien préjuger sur ce que l'avenir réserve à l'amylène, nous croyons qu'il serait prématuré de condamner l'amylène pour les fautes qui ne lui incombent pas. Il y a maintenant autour de l'amylène un ensemble d'expériences et d'observations cliniques qui ne peuvent pas être renversées par deux faits malheureux, et surtout par un fait tel que celui de M. Snow. De la réserve et de la prudence, tant qu'on voudra ; mais un jugement en connaissance de cause ne peut pas être encore porté.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchements (*De l'emploi et de la valeur du seigle ergoté dans les*). Que n'a-t-on pas dit dans ces derniers temps sur les mauvais effets du seigle ergoté, et n'a-t-on pas vu l'autorité et l'Académie de médecine s'émouvoir et faire porter au seigle ergoté la peine de ces naissances nombreuses de mort-nes observées dans ces dernières années ? Telle n'est pas l'opinion d'un accoucheur anglais très-distingué, M. West, qui semble avoir pris à tâche de réfuter tous les reproches adressés à ce médicament. D'abord en ce qui concerne les dangers que l'emploi du seigle ergoté peut faire courir à l'enfant, M. West arrive à ce résultat, que, sur soixante-neuf cas où ce médicament a été administré, on ne compte que neuf mort-nés ; tous les autres enfants sont venus au monde vivants et plus ou moins vigoureux. Un seul n'a vécu qu'une demi-heure, mais il était très-chétif et né d'une mère qui avait déjà perdu trois enfants de la même manière et sans l'intervention du seigle ergoté. Des neuf mort-nés, deux étaient putréfiés, deux avaient péri par suite de l'hémorrhagie considérable qui précéda immédiatement ou accompagna l'accouchement ; un cinquième, d'ailleurs hydrocéphale, avait succombé par compression du cordon ombilical à la suite d'une présentation des pieds ; un sixième avait succombé à la longueur du travail, l'accouchement ne s'étant terminé que cinquante heures après l'ingestion de la poudre ; même cause, et de plus compression du cordon chez un septième ; le huitième avait succombé à la compression prolongée de la tête, résultant de la

rigidité du col; enfin le neuvième était mort d'une congestion cérébrale déterminée par une application très-laborieuse du forceps chez une primipare. En ce qui regarde la mère, les résultats sont plus satisfaisants encore; car M. West n'a perdu aucune des femmes chez lesquelles il a administré l'ergot, tandis qu'il en a vu succomber trois chez lesquelles ce médicament n'a pas été employé. M. West n'a pas non plus observé que le seigle ergoté déterminât la rétention du placenta. Sur un nombre considérable d'observations, la délivrance n'a exigé l'introduction de la main que chez quatre femmes, dont une seule avait pris du seigle ergoté. Le seul point sur lequel nous ne pouvons être d'accord avec M. West, c'est sa pratique qui consiste à administrer l'ergot à une époque où le col utérin est à peine entr'ouvert et encore trop rigide pour se dilater. Il est vrai que M. West regarde la rigidité et le défaut de dilatation du col comme le fait fréquent de l'insuffisance ou de la marche anormale des contractions utérines; mais c'est là une chose plus que contestable, et les faits sont d'ailleurs nombreux qui montrent que cette administration prématurée de l'ergot a pour résultat de maintenir sans profit l'utérus dans un état de contraction tonique aussi fâcheux, au point de vue de la douleur, que peu profitable à la terminaison de l'accouchement. (*Med. Times* et *Gaz.*, février.)

Belladone (*Propriété antilaiteuse de la*). Il suffit de réfléchir à la sensation de sécheresse que produit sur les diverses membranes muqueuses l'usage un peu continu de la belladone, pour comprendre qu'on ait pu songer à utiliser cette plante dans le but de tarir la sécrétion lactée. Nous tenons de notre collaborateur, M. Aran, que Sandras lui avait parlé de cette action particulière de la belladone que le hasard lui avait révélée et qu'il avait utilisée plusieurs fois avec succès, comme notre collaborateur l'a fait lui-même; mais Sandras et M. Aran en font usage à l'intérieur, tandis que dans les cas rapportés par M. Goolden, il s'agit seulement d'applications extérieures.

Les faits de M. Goolden sont au nombre de deux : dans le premier, chez une femme de vingt-huit ans, entrée à l'hôpital pour un rhumatisme assez intense, et obligée de sevrer son enfant à cause des règlements de l'hôpital, les seins étaient devenus dès le lendemain gonflés, durs, noueux et extrêmement sensibles à la pression. M. Goolden fit enduire d'extrait de belladone l'aréole des deux mamelons et prescrivit en même temps le vin de colchique. Le lendemain, les seins étaient dégonflés, mous et indolents. Mais ce fait pouvait laisser quelques doutes; M. Goolden cite encore le cas d'une femme qui avait sevré son enfant avant de se mettre en voyage et qui, à son arrivée à Oxford, avait les seins gonflés, très-sensibles à la pression, douloureux, tendus, sillonnés de larges veines superficielles. Application d'extrait de belladone sur les aréoles des deux mamelons. Deux heures après, le lait avait tari, et, chose remarquable, la suppression brusque d'une sécrétion aussi importante n'avait déterminé ni fièvre, ni accident d'aucune espèce. (*The Lancet*, août.)

Constipation (*De l'utilité de l'association d'une substance purgative à la noix vomique dans certains cas de*). Nous avons insisté à plusieurs reprises sur cette précieuse propriété que paraît posséder la noix vomique de réveiller la contractilité des tuniques intestinales, dans le cas d'iléus, de constipation et généralement d'obstacle au cours des matières. Nous ne voulons donc revenir sur ce point que pour signaler quelques remarques faites par les médecins anglais relativement à l'emploi de ce médicament, remarques d'où il semblerait résulter que la noix vomique a besoin, dans ces circonstances, d'être associée à une substance purgative. M. Boult, de Bath, dit avoir d'abord administé l'extrait de noix vomique seul, à la dose d'un demi-grain, deux ou trois fois par jour; mais insuccès complet. Ce fut seulement quand il eut imaginé de combiner la noix vomique avec l'aloès, la rhubarbe et la scammonée, qu'il obtint des résultats merveilleux. En général, une pilule contenant trois quarts de grain d'aloès, trois quarts de grain d'extrait de rhubarbe, et un demi-grain d'extrait de noix vomique, prise le soir, procure une ou deux selles abondantes le lendemain matin. De même M. Gugton pense que la noix vomique est un nouveau et précieux moyen de combattre la constipation. « Ce n'est ni un purgatif, ni un apéritif, dit-il; mais associé à des doses minimes de substance drastique, il forme une espèce de *tertium quid* qui réunit les avantages des évacuants, sans en avoir les inconvé-

nients, et qui, loin de débiliter les intestins et de les frapper d'inertie, ne fait qu'augmenter leur tonicité et leur force d'expulsion. La noix vomique est du reste rebelle à l'accoutumance et ne peut être nuisible, administrée à des doses convenables. (*Association méd. journ.*, avril.)

Diabète (*Sur les diverses espèces de*). Dans la communication à laquelle nous avons emprunté le procédé à suivre pour l'analyse des urines que nos lecteurs ont pu lire un peu plus haut, M. Becquerel a jeté un coup d'œil sur les diverses espèces de diabète, et il en a admis deux grandes espèces : 1° le diabète idiopathique, ou diabète proprement dit, caractérisé physiquement par la présence d'une quantité très-notable de sucre, avec flux urinaire plus ou moins considérable, et symptomatiquement par une soif et un appétit exagérés, ainsi que par un certain nombre de phénomènes morbides plus ou moins graves; et 2° le diabète symptomatique, dans lequel la présence du sucre ne paraît être qu'un phénomène accessoire et consécutif, qui diffère du précédent en ce que la quantité de sucre n'est jamais très-considérable (25 à 26 grammes pour 1000, au lieu de 40, 50, 60 et 80), en ce que l'urine n'est jamais augmentée de quantité ou du moins l'est très-peu, en ce que la densité de l'urine n'est jamais que très-peu augmentée, en ce que la présence du sucre n'exerce aucune modification sur les autres éléments chimiques contenus dans les urines, enfin parce qu'on ne peut mettre aucun phénomène morbide sur le compte de la présence du sucre dans les urines. C'est seulement dans quelques cas d'affection cérébrale ou médullaire, de maladies du foie, à la suite de couches ou dans quelques affections diverses, que le sucre a été rencontré dans les urines; et contrairement à ce qui avait été annoncé par M. Reynoso, M. Becquerel n'a pas trouvé une seule fois du sucre dans les affections des organes thoraciques accompagnées de dyspnée.— Au point de vue pratique, on voit que la chimie n'ajoute pas grand'chose à ce que l'observation clinique avait déjà constaté; le sucre peut exister ou non dans l'urine, mais sa présence dans ce liquide n'est pas la vraie cause des accidents, puisque, de l'aveu de M. Becquerel, rien ne pouvait de prime abord faire soupçonner l'existence du sucre chez ces derniers malades, chez lesquels le diabète était symptomatique. Reste à savoir aussi de quoi il était symptomatique : était-il symptomatique de la maladie elle-même ou des conséquences de celle-ci? c'est évidemment la seconde hypothèse qui est la plus probable; mais, d'un autre côté, pourquoi se montre-t-il dans un cas et non dans un autre? Autant de problèmes, autant d'inconnues dont la solution n'est pas proche. (*Bull. de la Société méd. des hôp.*)

Dysménorrhée *hystéralgique, guérie au moyen de l'application locale du chloroforme gélatineux.* Nous avons fait connaître les premiers dans ce journal la formule du chloroforme gélatineux (*Bull. de thér.*, t. XLVII, p. 85), et nous avons indiqué que cette préparation nous paraissait susceptible de nombreuses applications, à ce point de vue surtout de maintenir le chloroforme plus longtemps en rapport avec les parties malades, et sans déterminer des douleurs aussi vives que par son application sous forme liquide. Voici un fait intéressant qui vient à l'appui de nos prévisions :

Une jeune fille de vingt-deux ans, nerveuse, passionnée pour la lecture, éprouvait à chaque époque menstruelle de violentes douleurs hypogastriques avec tension aux aines, coliques dans les diverses régions de l'abdomen, notamment à la zone umbilicale, gastralgie intense, nausées, etc.; plusieurs fois même, il y eut des convulsions hystériques, une céphalalgie temporale et des battements de cœur; les règles étaient très-peu abondantes et coloraient à peine le linge; la compression de l'abdomen soulageait la malade; les douleurs ne se dissipaient entièrement qu'à l'expiration de la période menstruelle. Des moyens très-variés avaient été employés sans succès. M. Losada eut l'idée de produire l'anesthésie de l'utérus par une application du chloroforme gélatineux. Lorsque l'approche de l'invasion des règles eut été annoncée par des douleurs utéro-lombaires et des tiraillements dans les aines et à la partie interne des cuisses, M. Losada introduisit le spéculum, frictionna le col utérin pendant huit minutes, à l'aide d'un pinceau de charpie chargé de chloroforme gélatineux, et mit en contact avec cette partie de la matrice un gros tampon de charpie enduit d'une couche épaisse de la même préparation. Les douleurs hystéralgiques cessèrent complétement, et avec elles les symptômes

spasmodiques, les coliques, la gastralgie, etc. M. Losada crut devoir prescrire quelques bains de siége pour seconder les heureux effets du chloroforme. L'éruption des règles fut facile et abondante, les époques menstruelles suivantes se passèrent sans aucun accident. (*Cronica de los hosp.*, août.)

Electro-puncture (*Emploi de l'*) *pour la guérison des hydatides du foie*. Nous publions avec d'autant plus d'intérêt cette application de l'électro-puncture qu'elle paraît avoir été essayée avec succès dans un pays où la maladie hydatique du foie est presque endémique, en Irlande. M. le docteur Guérault, chirurgien de la marine, qui a communiqué à la Société de chirurgie les résultats qu'il a recueillis de la bouche de M. Thorarensen, médecin du canton est de l'Irlande, rapporte, en effet, que le cinquième, au moins, de la population de l'Irlande est attaqué de cette maladie, et la terminaison la plus commune est la formation d'abcès qui s'ouvrent à l'extérieur ou à l'intérieur. Malheureusement pour la méthode de M. Thorarensen, elle n'a été appliquée qu'une fois, à l'aide de longues et fines aiguilles d'acier obliquement introduites aux deux pôles de la tumeur et qui ont servi à la traverser de décharges électriques, et bien que la tumeur se soit affaissée, que la guérison ait été obtenue, il reste à se demander si c'est bien à ces décharges électriques, et non pas à la simple ponction, qu'est dû le résultat heureux obtenu par M. Thorarensen. On connaît, en effet, un certain nombre de cas dans lesquels l'introduction d'un corps étranger dans le foyer a été suffisant pour entraîner l'inflammation de celui-ci et par suite la mort des hydatides. Il nous semble néanmoins qu'il n'y aurait aucun inconvénient à débuter par l'électro-puncture, sauf à en venir ensuite à d'autres méthodes de traitement, et en particulier aux injections iodées, si la guérison n'avait pas lieu. (*Bull. de la Soc. de chir.*).

Fièvres intermittentes rebelles (*Emploi de la teinture d'iode contre les*). Ce n'est pas chose nouvelle que l'emploi de l'iode contre les fièvres intermittentes. Il y a plus de dix ans que M. le docteur Séguin, d'Albi, en rapportant trois cas remarquables de guérison de fièvres, dont l'une intense, avec délire aigu et datant de seize années, signalait cette particularité que la teinture d'iode, tout à fait sans valeur dans les pyrexies périodiques récentes, paraissait, au contraire, posséder une action très-efficace dans les fièvres intermittentes chroniques, rebelles surtout aux préparations du quinquina. Les faits du même genre que vient rapporter M. le docteur Barbasle empruntent donc une assez grande valeur aux faits déjà connus, bien qu'ils soient malheureusement très-peu nombreux.

De ces faits, l'un est celui d'un soldat de l'armée d'Orient, chez lequel la fièvre intermittente, datant de dix mois, s'était compliquée de scorbut et de diarrhée; il y avait eu trois récidives, et pour la dernière le malade était entré à l'hôpital de Romans. La persistance et l'intensité des accès, malgré l'usage de la quinine, la bouffissure de la face, le ballonnement du ventre, le teint jaune paille de la peau, l'état cachectique enfin de ce jeune militaire firent recourir aux préparations iodées, qui mirent fin, dès le premier jour, aux accès, et qui rendirent au malade son teint naturel avant la fin du premier septénaire. Dans un second cas, chez un ouvrier maçon, âgé de trente-cinq ans, retiré du service militaire après deux congés, et qui, pendant un séjour de cinq années en Afrique, avait éprouvé une fièvre continue avec perte de connaissance, desquammation de la peau, chute des cheveux, la fièvre intermittente tierce avait succédé à la fièvre continue et durait depuis dix-huit mois, compliquée de dyssenterie. La quinine longtemps continuée n'avait pu s'en rendre maîtresse. En mars 1856, les accès s'étaient reproduits avec une nouvelle intensité, les hypocondres étaient douloureux à la pression, rate et foie volumineux, gêne de la respiration, teinte marémateuse de la peau, perte des forces et de l'appétit. En 4 jours, la teinture d'iode faisait disparaître les accidents et ramenait la santé et la coloration naturelle. Même succès dans un troisième cas, chez un vieillard de soixante-cinq ans, dont la fièvre durait depuis deux ans; guérison en cinq jours.

Ajoutons que ces effets ont été obtenus avec la dose de 30 gouttes prise en trois fois dans les vingt-quatre heures dans un quart de verre de tisane amère (chicorée, camomille, centaurée) et à l'issue des accès, contrairement au précepte donné par M. Séguin, de l'administrer au moment du paroxysme. Cette dose était répétée deux jours

de suite, et l'on pourrait, par précaution, y revenir huit jours après la cessation des accès. (*Revue Thérap. du Midi*, juillet).

Hernie *étranglée, réduite par des lavements à l'acétate de plomb.* Le fait suivant, relaté par le docteur Flögel, mérite de fixer l'attention des praticiens. Nous devons faire remarquer néanmoins que malgré l'assurance du médecin allemand, qui affirme n'avoir jamais observé d'accidents toxiques à la suite de l'injection de préparations de plomb dans le gros intestin, il nous semblerait dangereux de persévérer longtemps dans l'emploi de ce moyen, ou d'employer des doses trop fortes.

Voici d'ailleurs l'observation publiée par le docteur Flögel.

Sous l'influence de la danse, N... avait vu s'étrangler une hernie inguinale droite, qu'il portait depuis quelque temps. Le taxis, la glace, des sangsues, n'avaient amené aucun changement ; il survint des vomissements fréquents, et, au bout de vingt-sept heures, du hoquet et une grande prostration ; le pouls était à 140, petit, intermittent, la peau des membres froide. La hernie formait une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, dure, immobile, d'un rouge foncé et peu douloureuse. On administra immédiatement un lavement composé de 8 grammes de liqueur d'acétate de plomb (contenant 150 grammes de sucre de saturne) dans 250 grammes d'eau ; application de glace sur la tumeur. Au bout d'une heure les efforts de vomissement et les hoquets étaient moins fréquents. On administre un second lavement *ut suprà*. La tumeur est moins dure, les vomissements et le hoquet ont cessé, le pouls est à 128. Après un sommeil d'une demi-heure, la tumeur avait diminué de moitié en volume, elle était molle et se laissa facilement réduire. On provoqua quelques évacuations alvines, et le lendemain le malade quittait l'hôpital complétement guéri.

Le docteur Flögel attribue cet heureux résultat à l'action styptique du sel de plomb, qui, en rétractant l'intestin tant dans le sens de sa longueur que dans celui de sa largeur, attire au dedans du ventre la portion herniée.

Le seul cas où cette médication ne lui ait pas réussi est celui d'une hernie inguinale ancienne où il existait de nombreuses adhérences.

La dose de sucre de saturne a varié de 1 à 2 grammes pour chaque lavement. Les lavements ont été administrés d'heure en heure, et cependant jamais il n'est survenu d'accidents ultérieurs. (*Oester. Zeitsch. f. pr. heilk.* et *Med chirurg. Monatsh*, mai 1857.)

Hernie *étranglée réduite par l'administration à l'intérieur de l'extrait de belladone.* Quoique bien connu et quoique comptant en sa faveur de nombreux succès, l'emploi de la belladone dans ces circonstances reste encore un fait exceptionnel, tant on est pressé d'arriver à des moyens réputés plus efficaces, et en particulier aux moyens chirurgicaux. Il n'en est pas moins vrai que la belladone pourrait rendre des services d'autant mieux que, contrairement à ce qui a lieu pour les autres narcotiques, elle relâche plutôt qu'elle ne constipe, agissant par conséquent d'une manière assez favorable sur la contractilité de l'intestin. Voici d'ailleurs un fait qui semble témoigner en faveur de son efficacité.

Un homme âgé de quarante-neuf ans était occupé le 6 février à remuer des morceaux de bois assez lourds, lorsque tout d'un coup il ressentit à l'aine droite une violente douleur, suivie de l'apparition d'une tumeur qui le força à garder le lit. La nuit étant proche, il se contenta d'applications émollientes; mais lorsque M. Burgatti fut appelé, il trouva une hernie inguinale droite du volume d'un œuf de poule, dure et non encore descendue dans le scrotum. Vomissements presque continuels d'un liquide jaunâtre, quelques hoquets, pouls petit mais non fébrile, face pâle et abattue, peau presque froide, soif inextinguible. Le taxis fut pratiqué immédiatement, mais le malade ne put le supporter. Se rappelant alors les effets avantageux obtenus de la belladone en pareille circonstance, M. Burgatti prescrivit l'extrait de belladone en pilules de 10 centigrammes, six dans les vingt-quatre heures, et de plus l'application d'un emplâtre émollient sur la tumeur et des lavements d'huile de camomille. Le lendemain, il n'y avait aucun changement dans l'état du malade : impossibilité de garder les boissons et les aliments ; seulement la hernie paraissait moins dure. Le même traitement fut continué. Le lendemain, amélioration notable ; les vomissements avaient cessé, il y avait eu une

évacuation alvine, la physionomie était moins abattue et le malade se louait de son état. Le fait est que la hernie rentra avec la plus grande facilité, et trois jours après, le malade était complétement rétabli. (*Il Racoglit. med. di Fano*, juillet.)

Phosphore *amorphe* (*Emploi du*) *dans certaines maladies de l'utérus.* Si nous mentionnons ici cette application assez inattendue du phosphore amorphe dans les maladies utérines, c'est que cela nous fournit l'occasion d'appeler l'attention sur cet état particulier dans lequel se trouve le phosphore, état qui lui permet d'être ingéré à des doses élevées (5 grammes chez les chiens) sans donner lieu à des accidents sérieux. Nous ne sommes donc pas surpris que le phosphore amorphe doive prochainement remplacer le phosphore ordinaire dans la fabrication des allumettes chimiques, ce qui rendra les empoisonnements bien plus rares par ces allumettes; mais nous ne savons par quelle suite de raisonnements un médecin aussi distingué que M. Mackenzie a été conduit à faire usage de cette espèce de phosphore dans les maladies de l'utérus. Quoi qu'il en soit, c'est dans les maladies de cet organe, accompagnées de faiblesse et d'irritabilité du système nerveux, que ce médicament a été administré, en suspension dans un véhicule aqueux, à la dose de 6 à 18 décigrammes. D'après M. Mackenzie, ce médicament, qui n'est nullement dangereux lorsqu'il est préparé convenablement, jouirait de propriétés toniques ou stimulantes directes sur le système utérin : il l'aurait prescrit avec succès dans certains cas d'aménorrhée, d'hystérie et de ménorrhagie passive; il aurait vu cette substance favoriser la conception chez des femmes mariées depuis longtemps et qui jusqu'alors étaient demeurées stériles; il l'aurait trouvée aussi très-utile pour corriger la tendance à l'avortement, lorsque cette disposition provient d'une faiblesse morbide ou d'une irritabilité excessive des organes utérins. (*Ranking's half-yearly abstract*, 1856.)

VARIÉTÉS.

Plusieurs promotions et nominations ont eu lieu dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, à l'occasion de la fête du 15 août.

Ont été nommés : *Officiers*, MM. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Calmeil, médecin en chef de la maison impériale de Charenton; Isidore Bourdon; le docteur Boucherie; Baudens, médecin principal de première classe à l'état-major de la première division; Tripier, pharmacien principal. — *Chevaliers*, MM. le professeur Dupré (de Montpellier); Richard, agrégé à la Faculté de Paris; de Piétra-Santa; Caussade; Seguin; Raciborski; Batigne, chirurgien do l'hospice de la Miséricorde, à Montpellier; Boinet; Moreau, médecin des aliénés de la Seine; Nier (de Riom); Pinault, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rennes; Pringué (de Ploërmel); Saint-Yves (de Melun); Maire (du Havre); Dubreuil, médecin sanitaire; Pegot, médecin des eaux de Bagnères-de-Luchon; Puyoo (de Pau); Bouey (de Clairac).

L'Académie de médecine vient de faire pour la première fois l'application de cette partie de son nouveau règlement qui l'autorise à élire des membres associés. Nous ne pouvons qu'applaudir aux premiers choix qu'a fait l'Académie. l'élection de M. Bonnet et de M. Sédillot est d'un bon augure pour l'avenir de l'institution nouvelle. Toutefois, l'Académie a dû regretter comme nous de ne pouvoir placer encore dans sos rangs des chirurgiens aussi distingués que MM. Bouisson et Goyrand; mais les nombreuses sympathies qu'ils ont recueillies leur sont un sûr garant que leur tour ne tardera pas à arriver.

M. le professeur Moquin-Tandon a été nommé membre de l'Académie de médecine dans la section de matière médicale et de thérapeutique.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des accidents consécutifs à l'application des sels de plomb sur la muqueuse buccale ;

Par le docteur J. Delioux.

Si l'on faisait le compte scrupuleux de tous les faits, des seuls faits incontestables qui justifient l'emploi des médicaments à base de plomb, et en regard celui de tous les inconvénients, de tous les accidents imputables à ce métal, on verrait bientôt qu'il intéresse infiniment plus la toxicologie que la matière médicale. Les résultats les plus imprévus, et souvent les plus graves, surgissent à chaque instant dans l'action des composés saturnins sur l'organisme ; on ne saurait donc apporter trop de réserve dans leur administration, et l'on ne devrait au moins y avoir recours que dans les cas où leur influence thérapeutique est notoire, et où ils ne peuvent avec un égal avantage être remplacés par aucun autre médicament.

Au nombre des prescriptions les plus inopportunes, les plus intempestives, les plus irrationnelles dont les composés plombiques ont été l'objet, il faut citer celles qui non-seulement permettent mais commandent leur contact avec les parties constituantes de la bouche. Et cependant il n'y a pas d'article sur le plomb dans lequel on ne relate, on ne conseille même l'emploi de ses préparations solubles en collutoires et en gargarismes ; on signale bien la possibilité de quelques accidents, mais on n'y attache pas assez d'importance.

Les deux principaux accidents à redouter sont : 1° l'absorption du plomb par la muqueuse buccale, 2° la coloration des dents.

L'absorption du plomb : — la surface de la bouche, imparfaitement protégée par un épithélium délicat, baignée par des humeurs dont la constitution chimique favorise la solubilité des composés métalliques, est dans les meilleures conditions pour absorber, et on le sait de reste, puisqu'on en use pour introduire certains médicaments dans l'organisme. Que, dans les circonstances ordinaires, la muqueuse buccale n'emprunte aux collutoires plombiques que des parcelles minimes, c'est possible ; mais quelle activité ne communiquera-t-on pas à l'absorption, à mesure que l'on concentrera les solutés introduits dans la bouche et que l'on répétera cette introduction ? Et ce sera pis encore si la couche épithéliale est détruite ; telles ulcérations qu'on aura voulu seulement modifier topiquement accroîtront les chances de pénétration du métal dans l'organisme : conséquence déplorable, lorsqu'il s'agit d'une substance aussi antivitale que le

plomb. Qu'importe que cette conséquence ait été à peine relevée dans l'observation? si ce n'est pas une probabilité, est-ce une possibilité? nul ne le niera; ne nous exposons pas alors, ou plutôt n'exposons pas un sujet qui se livre de confiance à l'homme de l'art, dont la première règle de conduite est de ne jamais nuire, aux risques d'une intoxication fortuite, ou tout au moins d'une médication interne qui, dans l'espèce, est inopportune. Or, en thérapeutique, l'inopportunité touche à la nocuité. En outre, y a-t-il une intoxication plus capricieuse, plus bizarre, plus insidieuse, plus protéiforme que l'intoxication saturniue? Il peut survenir (et les exemples n'en font pas défaut), à courte ou à longue distance de l'usage de ce traître poison, des troubles assez étranges pour dérouter l'attention ; où la suspicion n'a pas porté sur l'influence antérieure des topiques saturnins, on a fort bien pu méconnaître l'origine et la nature des accidents.

La coloration des dents : — cet inconvénient, qui peut prendre les proportions d'un véritable accident, se produit au contact des composés plombiques; ce résultat du moins est immanquable. Ce qui la détermine, c'est la réaction sur le plomb, soit du soufre contenu dans les matières protéiques des humeurs buccales, soit de celui contenu dans le tartre dentaire; ces deux causes interviennent peut-être, mais on l'attribue plus généralement à l'action du soufre qui entre dans la composition du tartre dentaire; nous serions d'autant plus disposé à admettre cette dernière réaction comme la plus ordinaire, que, dans toutes circonstances, soit lorsque des composés plombiques sont mis directement en contact avec les diverses parties de la bouche, soit lorsqu'ils sont éliminés par les voies sécrétoires ouvertes à la surface de la muqueuse buccale, comme dans l'empoisonnement saturnin, la coloration se prononce particulièrement sur le système dentaire. Cette coloration, en définitive, a pour mobile la formation du proto-sulfure de plomb ; elle doit donc avoir et elle a effectivement pour type le noir; aussi les dents sont-elles complétement noircies lorsqu'on les a immergées dans une dissolution d'acétate de plomb ; elle tire seulement sur l'ardoisé lorsqu'elle est très-peu intense et due à de très-petites parcelles de ce métal, ainsi que cela a lieu pour le liséré festonné inscrit au collet des dents, chez les victimes de l'empoisonnement saturnin.

Les topiques à base de plomb, n'eussent-ils que l'inconvénient de compromettre la blancheur de l'émail des dents, c'en serait assez pour proscrire leur usage de la thérapeutique des maladies qui ont leur siége dans la bouche; et ils doivent être proscrits avec d'autant

plus de rigueur qu'il n'est pas une seule de ces maladies qui ne puisse être attaquée avec autant et même plus d'avantage par tout autre médicament astringent. On aura beau dire que ce noircissement n'est que temporaire : pour si peu qu'il aura duré, il aura causé plus ou moins de contrariété au patient ; dans bon nombre de positions sociales, le contre-temps sera accueilli avec un suprême dépit, et si le médecin surtout ne l'avait pas prévu, s'il n'en trouvait point sur l'heure l'explication et le remède, il y aurait entre son malade et lui un fâcheux échange d'étonnements et de mécomptes.

Un fait récent, dont nous avons été témoin, va démontrer que cette coloration est beaucoup plus tenace qu'on ne serait porté à le croire, et en même temps qu'il est possible de formuler un traitement rationnel pour la faire disparaître.

Un soldat d'infanterie de marine, Glandu (Jean), âgé de vingt-cinq ans, arrivant du Sénégal où il a contracté la dyssenterie, est admis dans notre service à l'hôpital maritime de Brest, le 13 avril 1857. Pendant la traversée de retour, il a eu une rechute et, au moment de son entrée, il a encore des coliques et des gardes-robes liquides assez nombreuses. De plus, depuis dix jours il est atteint de stomatite caractérisée par la rougeur, la tuméfaction, le boursouflement des gencives et des parois internes des joues, avec ulcération au niveau des dernières dents molaires. Notre attention est attirée spécialement par la coloration complétement noire de toutes les dents, laquelle est apparue sous l'influence de gargarismes contenant de l'acétate de plomb, qui ont été employés quatre jours avant l'entrée du malade à l'hôpital ; la langue est sèche et couverte d'un enduit noirâtre ; ici donc le plomb n'a pas réagi seulement sur le tartre dentaire, mais aussi sur les principes sulfurés de la salive. La muqueuse enflammée est douloureuse ; il y a une salivation abondante.

Pendant quelques jours on a recours à des gargarismes de décoction de graine de lin laudanisée ; l'inflammation, la douleur, le ptyalisme diminuent sensiblement ; nous songeons alors, tout en traitant les dernières périodes de la stomatite, à attaquer la coloration des dents ; celle de la langue, moins tenace, avait disparu.

Pour détruire le précipité noir de sulfure de plomb, condensé à la surface des dents, nous avons pensé à quelques-unes des substances qui, en réagissant dans les dissolutions plombiques, y déterminent un précipité blanc ; tels sont les ferrocyanures alcalins et les tannins ; n'ayant pas les premiers sous la main, nous n'avons employé que les seconds, et comme ceux-ci nous ont suffi, nous nous y sommes tenu ; mais ces réactifs, qui opèrent d'une manière si sensi-

ble sur les composés solubles, devaient-ils agir sur un composé insoluble tel que le sulfure de plomb? L'expérience, on va le voir, a répondu par l'affirmative.

Sous l'influence d'une décoction d'écorce de quinquina rouge, la teinte noire des dents s'est éclaircie à vue d'œil ; mais, au bout de quelques jours, au quinquina nous avons substitué le tannin de chêne, à la dose de 4 grammes dans 150 grammes d'eau édulcorée avec 30 grammes de miel rosat, et l'amélioration est devenue plus manifeste ; au bout de dix jours de l'usage continu de ces gargarismes, les parties centrales et libres des dents avaient presque recouvré leur blancheur normale, mais il restait dans les rainures interstitielles et autour des collets une incrustation noire que le tannin semblait impuissant à modifier ; alors, aux gargarismes on adjoignit l'usage d'une poudre dentifrice composée de parties égales de poudre de quinquina et de charbon de bois porphyrisé; promenée avec la brosse, cette poudre a détruit, tant mécaniquement que chimiquement, une bonne partie des dépôts que les solutions tanniques seules n'avaient pu atteindre; celles-ci, d'ailleurs, étaient employées concurremment. Toutefois, le sulfure de plomb persistait encore sous le bourrelet gengival qui limite la partie extérieure des dents, et à leurs points de juxtaposition ; de sorte que finalement il a fallu recourir à la rugine pour enlever les dernières traces du corps colorant accidentel.

L'action décolorante du tannin dans cette circonstance a été aussi prompte que remarquable ; elle s'est exercée sur le sulfure de plomb malgré son insolubilité. Nous avons voulu voir si celui-ci serait également influencé par d'autres réactifs, et nous avons un jour donné un collutoire avec : iodure de potassium, 4 grammes ; eau, 150 grammes ; bientôt s'est montrée la nuance jaune de l'iodure de plomb, que nous avons ensuite annulée en revenant au tannin.

Le traitement a donc consisté à amener le sulfure noir de plomb à l'état de tannate de plomb blanc ; nos solutions toniques et astringentes ont en même temps procuré la guérison de la stomatite ; et, au bout d'un mois environ, les dents, qui étaient, chez le sujet, régulières et belles, et la muqueuse buccale avaient recouvré leur caractère normal dans toute son intégrité.

Nous n'avons rien à dire ici de la dyssenterie, qui, du reste, s'est améliorée de façon à laisser prévoir un retour prochain à la santé.

Ainsi la coloration noire, déterminée par les sels de plomb, est curable, mais elle n'en constitue pas moins un accident que le médecin doit éviter. Il n'est aucune des maladies de la bouche qui réclame le plomb de préférence à tout autre modificateur; d'autres

astringents moins offensifs, sinon même plus efficaces, le remplaceront toujours avec avantage. Nous concluons donc en proscrivant d'une manière absolue l'usage irrationnel, sous tous les rapports, des composés plombiques dans la thérapeutique des maladies de la cavité buccale.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Études pratiques sur le traitement des abcès par congestion (1);

Par M. le docteur Am. Pain, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La méthode de M. Jules Guérin n'avait donc pas tenu tout ce qu'elle avait promis sous la plume de l'écrivain ; malgré le progrès réel apporté au traitement des abcès par congestion, les beaux résultats n'étaient pas assez fréquents pour ne pas légitimer des tentatives d'un autre ordre. Alors parut l'iode, qui sembla devoir faire entrer dans une phase nouvelle la thérapeutique des abcès par congestion. MM. Velpeau, Bonnet, furent les premiers promoteurs de la généralisation de l'usage des composés iodiques ; après eux, M. Boinet prit en main le précieux médicament, l'expérimenta avec passion, s'en constitua l'intrépide défenseur, admit au traitement iodé presque toutes les affections chirurgicales, et peu s'en fallut que la seringue chargée d'iode ne prît sa place dans la trousse du chirurgien.

Nous avons lu avec un vif intérêt tout ce que M. Boinet a écrit sur l'iodothérapie, et nous convenons qu'il ne fallait pas moins d'un volume pour exposer les services rendus par cet agent à la pratique médico-chirurgicale. Mais nous nous hâtons d'ajouter que M. Boinet s'est attaché à l'iode avec un dévouement trop exclusif, trop passionné. Si ce zèle dans les recherches thérapeutiques peut enfanter des découvertes, il fait aussi souvent dépasser le but, il conduit à des exagérations voisines de l'erreur.

De toutes les applications de l'iode, nous n'en avons qu'une à examiner ici ; dans le cours de notre internat dans les hôpitaux, nous avons eu souvent occasion de voir traiter, par des injections iodées, des abcès par congestion, et nous avons été souvent frappé de l'inefficacité de la méthode. En présence de ces insuccès d'un côté, de l'autre des affirmations de M. Boinet, il était permis de rester dans l'indécision, de n'accepter que sous toutes réserves les promesses d'avenir meilleur pour les malades affectés d'abcès symptomatiques.

(1) Fin. — Voir la livraison du 15 juillet, p. 21, et celle du 15 août, p. 110.

Aujourd'hui nous avons acquis cette conviction que M. Boinet n'a pas atteint son but, qu'il ne nous a pas donné un traitement curatif plus efficace que celui que M. J. Guérin avait institué avant lui, et nos préférences pour les tentatives de ce dernier seront suffisamment justifiées par l'examen que nous allons faire de la méthode de M. Boinet.

Selon M. Boinet, les avantages de la méthode qu'il propose seraient :

1° De pouvoir porter la substance médicamenteuse jusque sur les os malades.

2° De prévenir l'infection putride en s'opposant à l'absorption du pus, qu'il soit vicié ou non par l'introduction de l'air. La teinture iodique vient cautériser, racornir, resserrer la membrane pyogénique, et empêcher l'absorption de s'opérer ; de plus, la sécrétion de la poche est modifiée ; à la place du pus, elle fournit d'abord de la sérosité, puis de la lymphe plastique ; l'action unissante de la lymphe plastique est favorisée par le gonflement des parties extérieures qui rapprochent l'une de l'autre les parois du foyer : amélioration de l'état général, cessation de la fièvre hectique, voilà en quelques mots toute la doctrine. Quant à la pratique, M. Boinet recommande de ponctionner les abcès aussitôt que la fluctuation y est reconnue, de les vider le plus complétement possible du pus qu'ils contiennent, de faire immédiatement une injection iodée, en donnant au malade une position qui favorise l'arrivée du liquide sur les os altérés, de le laisser quatre ou cinq minutes en contact avec le foyer, de ne faire sortir que la moitié ou les trois quarts du liquide injecté, et de revenir à de nouvelles injections tous les huit ou dix jours, jusqu'à guérison complète.

La teinture d'iode peut être injectée pure ; mais, pour les vastes foyers et dans les premières injections, M. Boinet y ajoute parties égales d'eau, et 2 grammes d'iodure de potassium pour 100 grammes du mélange ; en même temps il fait suivre au malade un traitement général, consistant dans un régime substantiel, ferrugineux ; iodure de fer, huile de morue.

Résoudre ainsi d'un seul coup l'un des problèmes les plus importants et les plus difficiles de la chirurgie pratique, c'était d'un novateur hardi, heureux ; aussi la nouvelle doctrine fut-elle accueillie avec la plus vive satisfaction ; de tous côtés, les chirurgiens se mirent à l'œuvre ; on rechercha avec empressement les abcès par congestion, on les injecta ; nous eûmes occasion de voir M. Boinet faire lui-même l'application de sa méthode, à l'hôpital Beaujon, dans le service de

M. Robert ; le résultat ne fut pas celui qu'on attendait : des faits malheureux vinrent ébranler la confiance des expérimentateurs, et quand, deux ans plus tard, la discussion s'ouvrit au sein de la Société de chirurgie, on jugea, d'un commun accord, que l'avenir de cette méthode thérapeutique pourrait bien ne pas réaliser tout ce qu'elle avait promis à son début.

Sans vouloir rentrer dans une discussion close depuis longtemps, il nous faut, pour dissiper les incertitudes qu'on peut avoir sur l'action des injections d'iode dans les abcès de cette espèce, insister sur des objections graves, auxquelles il n'a jamais été répondu d'une manière satisfaisante. Les deux points de la doctrine de M. Boinet sont également attaquables ; examinons-les successivement :

1° *Porter la substance médicamenteuse sur les os malades.* — Si l'on examine avec un peu d'attention le mode de formation de ces abcès, on voit de suite combien sont exagérées les prétentions de ceux qui veulent porter leur topique à la source du mal. Il se forme là un véritable trajet fistuleux avec toutes ses irrégularités de dimension, de direction. Dès lors il y a mille raisons de croire que le liquide n'arrivera pas sur les os malades, quelques manœuvres qu'on puisse employer. Outre les irrégularités dans la disposition de la poche, le canal qui vient s'aboucher avec l'os malade est loin d'être vide, sa cavité est encombrée de flocons albumineux, de pseudo-membranes. Qu'on incline le malade, et la pression du liquide injecté aidant la position déclive, il va se former au devant de l'os un amas de matière, sur lequel viendra agir la teinture iodique. Peut-on supposer que le liquide arrive par imbibition ? mais alors quelle infime quantité d'iode viendra toucher l'os ? Plaçons-nous dans les conditions les plus favorables, alors que l'abcès vient de paraître, que le pus n'a pas encore fusé dans plusieurs directions ; supposons simple et direct le trajet de la poche à la lésion osseuse : de quelle façon viendra agir la teinture iodée au foyer de la maladie ? Quelle sera son action sur une surface osseuse affectée de carie, de nécrose ou de tubercules, maladies dont l'évolution a des périodes déterminées ? Est-il raisonnable d'espérer hâter avec un topique leur marche vers la réparation ? Avant de conclure, M. Boinet aurait dû rechercher quel est le degré d'efficacité de la teinture iodique, quand elle peut être portée directement sur l'os malade ; n'est-ce pas un moyen bien simple de l'éclairer ? Nous trouvons dans nos notes des faits très-significatifs sous ce rapport, entre autres celui-ci :

En octobre 1854, entra à l'hôpital Beaujon une femme de vingt-

huit ans, lingère ; d'une constitution faible, mal réglée, n'ayant cependant aucun signe d'affection tuberculeuse, ni de syphilis. Il y a deux mois que parut à la partie supérieure de la poitrine, vers le quatrième espace intercostal, à 4 centimètres du sternum, une tumeur molle, dont l'apparition avait été précédée de douleurs très-vives en ce point. Cette tumeur s'est développée insensiblement ; elle a atteint aujourd'hui le volume d'une grosse noix : elle est indolore ; la peau est rouge, amincie ; le bistouri donne issue à une certaine quantité de pus mal lié. Avec le stylet, on constate la carie de la cinquième côte, dans l'étendue de 3 centimètres à peu près : un point du bord inférieur de la quatrième côte est dénudé, sans ramollissement. La malade est soumise aux préparations de fer ; injections iodées tous les jours ; les premières sont très-douloureuses ; le traitement est suivi très-exactement pendant trois mois, et, à notre départ de l'hôpital, à la fin de décembre, nous avons pu constater la persistance de la carie dans la même étendue.

Nous trouvons dans la Gazette des Hôpitaux, 1850, deux observations remarquables de M. Bocamy. Dans la première, il s'agit d'un abcès symptomatique de carie du fémur ; dans la seconde, d'un abcès symptomatique de carie de côtes. Dans les deux cas, on se contenta d'abord de l'emploi des injections d'iode, sans traitement général. Il y eut oblitération de la poche purulente, puis formation d'une nouvelle poche à la même place ; alors on administra les toniques et l'iodure de potassium, en même temps qu'on fit des injections iodées, et, dans les deux cas, la guérison fut radicale. Que prouvent ces faits ? C'est que l'iode n'a pas agi sur la maladie osseuse. Il a déterminé dans deux cas l'oblitération de la poche purulente, mais la cause persistait ; une autre poche s'est formée immédiatement. La guérison n'est survenue que quand le traitement local a été appuyé d'un traitement général bien dirigé.

Ainsi donc, en supposant que la teinture iodée arrive en quantité notable sur la source du pus, a-t-elle le pouvoir de modifier d'une manière avantageuse la maladie ? C'est un fait qui attend encore des preuves, et, après les faits que je viens de citer, et dont il serait très-facile de grossir le nombre, on voit que rien n'est moins démontré.

2° Le second point de la doctrine ne résiste pas plus à l'examen que le premier. Si, dit M. Boinet, on met les parois d'un abcès en contact avec de l'iode, il y a cautérisation, resserrement, racornissement du tissu touché par la teinture iodique, qui coagule la matière purulente, dessèche l'extrémité des petits vaisseaux, produit

un vernis qui arrête l'exhalation et l'absorption, en même temps qu'il défend les organes de l'impression de l'air; les qualités du pus sont modifiées.

Cette étrange théorie ne pouvait que compromettre gravement le succès de la méthode. En effet, comment s'opère la guérison des abcès par congestion au moyen des ponctions simples? C'est qu'on obtient, après plusieurs ponctions suivies du retour de la collection purulente, une résorption qu'on n'avait pu déterminer auparavant : donc l'indication qui domine est de ne négliger aucun moyen capable de concourir à ce beau résultat. Voilà ce qui découle réellement des faits observés; mais voici maintenant une méthode qui va chercher la guérison par une voie tout à fait opposée; elle va cautériser la membrane qui tapisse la poche purulente, et l'empêcher d'absorber. Non, en agissant ainsi, les injections iodées auraient parfaitement tort comme méthode curative, puisqu'elles s'efforceraient de s'opposer à un travail naturel qui doit amener la guérison. La preuve qu'elles n'empêchent pas l'absorption de se faire, c'est qu'on retrouve l'iode dans l'urine des individus qui ont reçu la teinture iodique; par quelle voie y arriverait-il donc?

Un autre promoteur des injections d'iode, M. Abeille, moins exclusif que M. Boinet dans ses conclusions, puisqu'il croit que ces injections ne deviennent réellement avantageuses que quand elles marchent de pair avec un traitement général; M. Abeille croit qu'elles agissent surtout en favorisant l'oblitération du sac purulent. Mais alors que deviendra le pus que fournit l'os malade? Ou la poche existante ne pourra pas s'oblitérer, ou il se formera une poche nouvelle. Mais je me demande alors quel est le bénéfice que le malade a retiré du traitement; est-ce là une guérison? Est-ce là un moyen bien efficace de parer aux dangers ou de les prévenir? Non évidemment; agir sur les parois de la poche, c'est s'attaquer à l'ombre du mal, c'est faire la faute du chirurgien qui, en présence d'une plaie compliquée de corps étrangers, réunirait les bords de la plaie, sans se préoccuper de la présence du corps étranger.

Cependant on ne peut nier l'effet des injections iodées dans les abcès symptomatiques; leur action est même très-remarquable. L'iode agit sur le pus; il lui enlève la putridité qu'il tient de l'action de l'air; partant les symptômes d'intoxication putride n'ont plus cette marche foudroyante qui enlève si rapidement les malades. Mais c'est en vain qu'on renouvelle les injections iodées, là reste bornée leur action; la cause initiale n'a pas disparu, les forces du malade s'affaiblissent et s'épuisent, la fièvre hectique se déclare, et

le terme fatal arrive. Quoi que dise M. Boinet de l'amélioration de l'état général, de la cessation de la fièvre hectique, le malade n'en succombe pas moins à l'abondance à la persévérance de la suppuration.

Constatons donc l'action antiputride de l'iode : nous verrons tout à l'heure quel parti on peut tirer de cette propriété.

Que faut-il cependant penser de ces guérisons promptes et durables qui ont eu lieu sous l'influence des injections de teinture d'iode, et on en a produit de telles à l'appui de ce traitement ? Comme tout est contestable dans la doctrine de M. Boinet, le champ reste libre aux explications à ce sujet. Avant de pratiquer l'injection, on évacue toute la matière purulente, et nous avons vu tout le profit qu'on pouvait tirer de cette évacuation. De plus, M. Boinet institue un traitement général actif; or, puisqu'il fait des injections d'iode une méthode curative, il faudrait être en mesure de faire la part que prennent à la guérison les deux traitements mis en usage. Pourquoi tout l'honneur de cette guérison serait-il attribué au traitement local ? Il faudrait encore éclairer la question soulevée par M. Bonnet, de Lyon, à savoir : si tous les bienfaits qu'on obtient des injections iodées ne seraient pas obtenus par la seule administration à l'intérieur des préparations iodées; ces bienfaits ne tiennent-ils pas d'une action générale de l'iode sur l'économie plutôt que d'une action locale ? Il y a, dans la science, des faits qui ne résoudraient pas cette question en faveur de l'action locale, et celui que M. Déclat de Nebout a publié en 1853 est bien fait pour ébranler les convictions les plus fermes.

Enfin, n'est-il pas permis de se demander si ces injections iodées ne doivent pas quelques-uns de leurs succès à des confusions d'abcès idiopathiques avec des abcès ossifluents ? Tous les chirurgiens savent combien l'erreur est facile en pareille matière, et voici un fait que je dois à l'obligeante amitié d'un ancien collègue, M. Desnos, et qui vient à l'appui de ce que j'avance :

Obs. IV. Une femme de cinquante-cinq ans entre, en mars 1853, à l'hôpital Beaujon, service de M. Robert; le début de la maladie remonte à vingt-deux mois. On découvrit, à cette époque, une tumeur au-dessus du pli de l'aine, du côté gauche, sans douleurs; la tumeur grossit et vint faire saillie à la cuisse. A son entrée, on observe, au-dessus du pli de l'aine gauche, une tumeur qui se continue avec une saillie de la grosseur du poing, située à la partie supérieure de la cuisse, en dehors de l'artère crurale. En posant une main sur la tumeur fémorale et l'autre sur la fosse iliaque, si l'on exerce une pression avec la première, on sent la main abdominale soulevée par un flot de liquide. La peau a sa couleur normale; on ne peut méconnaître un abcès froid. Quelle est

son origine ? En exerçant des pressions sur les apophyses épineuses des vertèbres, on détermine constamment au niveau des cinq vertèbres dorsales moyennes une douleur très-vive.

M. Robert fait la ponction de l'abcès à la partie supérieure de la cuisse. On recueille avec l'aspiration 1100 grammes de pus sans odeur, bien lié ; on injecte 125 grammes de solution de Guibourt : la moitié est évacuée, la plaie fermée. Le soir même, la malade est prise de frisson violent. Le lendemain, elle est très-prostrée ; face grippée ; la partie supérieure de la cuisse est tendue, douloureuse ; la prostration se prononce de plus en plus. Mort le soir.

A l'autopsie, après avoir vidé la poitrine et le ventre, on trouva un vaste abcès remplissant toute la fosse iliaque gauche, remontant le long de la colonne lombaire jusqu'aux dernières vertèbres dorsales. Cet abcès était contenu dans la gaîne du psoas iliaque ; il descendait jusqu'à son insertion inférieure. De lésion osseuse, on n'en découvrit aucune. La colonne vertébrale fut mise à nu, du cou au sacrum, de même que les côtes : on ne trouva nulle part de point osseux altéré. L'autopsie garda également le secret de cette mort si rapide dans un état d'adynamie profonde.

Donc, ici, une erreur de diagnostic a été commise ; il n'en pouvait pas être autrement. Avec des douleurs sur un point déterminé du rachis et un abcès, il n'est pas de chirurgien qui ne déclare avoir affaire à un abcès par congestion ; et, en effet, le plus souvent, la marche de la maladie, l'autopsie viennent justifier le diagnostic. Mais aussi combien la vérité est voisine de l'erreur ! Que d'abcès idiopathiques pris pour des abcès symptomatiques, traités et guéris comme tels ! Si la malade de M. Robert avait guéri avec l'injection iodée, on n'eût pas manqué d'enregistrer ce fait comme un nouveau triomphe de la méthode dans les abcès par congestion.

Il nous semble résulter de cet examen critique que jusqu'ici la méthode des injections iodées n'a pas fait preuve d'une efficacité supérieure à celle de la méthode des ponctions simples sous-cutanées. Examinons-la maintenant à un autre point de vue. En pareille matière, le premier précepte est de ne pas nuire, et nous avons vu précédemment combien la méthode de M. J. Guérin est innocente dans son mode d'action. Les injections iodées sont-elles exemptes de dangers ?

M. Boinet croit sa méthode très-inoffensive ; mais, entre les affirmations de M. Boinet et l'exacte vérité, il y a l'épaisseur des faits. M. Boinet semble ne pas redouter l'inflammation à la suite des injections d'iode ; mais il y a des faits bien opposés à cette manière de voir. Des exemples ont été cités à la Société de chirurgie, et nous-même avons pu voir, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, un jeune homme qui succomba dans le marasme et la fièvre hectique, à la suite de gangrène des parois d'un abcès par congestion, produite par les injections iodées. Tout en étant un accident

rare, l'inflammation n'en doit pas moins être mise au rang des dangers. Il en est de même de la résorption purulente ou putride, dont il serait facile de trouver des exemples.

M. Boinet avoue qu'un des effets de l'injection iodée est de favoriser l'établissement d'une fistule ; mais, selon lui, c'est là le premier pas vers la guérison ; elle ne peut être obtenue qu'après que la maladie a passé par cette transformation. Mais que sont donc devenues les craintes de l'introduction de l'air par cette fistule ? Une chimère, puisque nous avons là, sous la main, un agent qui va triompher des phénomènes chimiques résultant de la pénétration de l'air dans un foyer purulent. Ce liquide sanieux, fétide, l'iode le supprime, c'est possible ; mais, sur ce point encore, nos idées ne sont pas tout à fait conformes à celles de M. Boinet.

L'indication suprême, c'est d'éviter l'entrée de l'air dans le foyer purulent, puisqu'il est reconnu par tous que c'est là une source de dangers mortels. C'est pour cela que nous avons indiqué plus haut de rechercher l'absorption de l'abcès par tous les moyens possibles, de marcher vers ce but avec persévérance et courage, et de n'intervenir avec le trocart que quand tout espoir de succès aura disparu. C'est donc déjà une faute que de ponctionner aussitôt qu'apparaît la fluctuation, puisque c'est encourir des dangers alors que la résolution est encore possible. Non, la fistulation de l'abcès n'est pas une condition de la guérison ; c'est un écueil, un écueil terrible, et l'éviter a été le but constant des chirurgiens qui ont proposé des moyens de traitement. Abernethy, Boyer, Guérin, ont établi en principe qu'il ne faut pas attendre l'ouverture spontanée de l'abcès, afin d'empêcher cette ouverture de rester permanente, et tous ont cherché et donné des méthodes conformes à ce principe. La méthode des injections iodées, tendant à favoriser l'établissement d'une fistule, et ne prévenant pas sûrement les conséquences funestes qui peuvent en résulter, s'éloigne donc des règles de prudente et saine pratique tracées par ces illustres devanciers.

Voici deux cas d'abcès par congestion traités par les injections iodées et suivis de mort ; ce ne sont pas les seuls insuccès dont nous ayons été témoin.

Obs. V. Entre le 22 novembre 1856, à l'hôpital Lariboisière, service de M. Voillemier, K... (Antoine), quarante-huit ans, cordonnier ; santé bonne jusqu'au début de sa maladie, qu'il fait remonter à trois mois. Avant cette époque, il était sujet aux douleurs rhumatismales ; pas de syphilis, pas d'habitudes vicieuses. Il y a trois mois, il commença à ressentir à la partie postérieure et inférieure du thorax, à droite, une douleur fixe, sourde, qu'il s'efforçait de calmer par des applications narcotiques ; la moindre fatigue exaspérait ses dou-

leurs, leur donnait un caractère de brûlure insupportable. Un mois après, il vit apparaître dans le voisinage du point douloureux une petite tumeur du volume d'une noix ; il ne s'en inquiéta pas autrement, puisque, jusqu'à son entrée à l'hôpital, il n'a suivi aucun traitement. Dès l'apparition de la tumeur, les douleurs perdirent de leur intensité, à ce point que le malade reprit son travail ; mais bientôt, effrayé par l'accroissement rapide de la tumeur, il vint à l'hôpital.

Nous trouvons sur les limites de la région thoracique et de la région lombaire, à droite, une tumeur du volume des deux poings réunis, molle, fluctuante, indolente : la peau glisse sur elle et n'a pas changé de couleur ; pas de déformation appréciable du côté de la colonne vertébrale, mais douleur vive à la pression, vers les dernières vertèbres dorsales. L'état général s'est maintenu assez bon ; bon appétit, rien dans la poitrine ; comme troubles fonctionnels, affaiblissement de la moitié inférieure du corps ; la station debout, la marche, sont très-pénibles.

Le 1er décembre, ponction, évacuation de 220 grammes de pus séreux mal formé; injection de 125 grammes de teinture iodique mêlée d'eau ; douleurs vives au moment de l'injection. On en laisse sortir la moitié. Pas de troubles dans les jours suivants; la plaie se ferme.

Le 8, deuxième ponction : on retire à peu près la même quantité de pus qu'à la première. Injection iodée mêlée d'eau, toujours très-douloureuse ; à la suite, quelques frissons, perte d'appétit; la tumeur est assez tendue, douloureuse ; fièvre le soir. — Cataplasmes, eau de Sedlitz.

Le même état persiste quelques jours, puis disparaît peu à peu.

Le 16, tout est bien.

Le 18, troisième ponction : le pus est verdâtre; injection iodée. Le surlendemain, frissons, fièvre très-vive, avec redoublement le soir; perte d'appétit, diarrhée; une ancienne piqûre s'est rouverte, du pus fétide s'écoule; symptômes graves du côté de la poitrine ; pleurésie. Le malade succombe le 23 au soir.

Autopsie. Dans la poitrine, pleurésie purulente à droite ; pas de tubercules ; la poche lombaire est ouverte ; parois couvertes de pulpe rougeâtre. A la partie supérieure, on trouve une ouverture très-petite, ronde, dans laquelle s'engage au plus une sonde cannelée. Le trajet conduit sur la tête de la douzième côte nécrosée ; de là on arrive sur la colonne vertébrale. Perte de substance considérable du corps des onzième et douzième vertèbres dorsales et du disque intermédiaire ; séquestres mêlés à de la matière tuberculeuse. La onzième côte aussi est atteinte.

Il nous était bien démontré qu'ici la teinture d'iode ne pouvait pas arriver sur les os malades, à travers ce trajet anfractueux ; la coloration grise de ce trajet contrastait avec la couleur rougeâtre de la poche.

Obs. VI. Entre le 8 avril 1856, à l'hôpital Lariboisière, service de M. Voillemier, une femme de trente-cinq ans, pour se faire traiter d'un abcès situé au niveau de la fosse iliaque externe. Cette femme se livre à de pénibles occupations, elle jouit d'une bonne santé, est bien réglée, paraît d'une forte constitution. Il y a trois mois, elle éprouva pour la première fois quelques douleurs dans la cuisse et la fesse du côté malade actuellement ; depuis cette époque, les douleurs cessèrent, puis revinrent à différents intervalles; enfin, depuis six semaines, elles sont devenues plus fréquentes, plus vives, et la malade a constaté la présence de la tumeur pour laquelle elle vient réclamer des soins.

Cette tumeur est située au-dessous de la crête iliaque du côté droit, sur une ligne menée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque postéro-supérieure ; elle est peu circonscrite, elle fait une saillie du volume d'une grosse orange ; les téguments n'ont perdu ni leur épaisseur, ni leur souplesse, ni leur coloration. Elle est molle, fluctuante, non douloureuse au toucher ; les mouvements du membre ont conservé toute leur liberté ; pas de douleur à la pression sur le grand trochanter ; douleurs vives sur la crête iliaque, vers la partie moyenne ; état général bon, pas de toux, bon appétit.

Le 17 avril, première ponction ; il sort un demi-verre de pus mal lié. Injection d'iode mélangée d'eau. Le soir même, frissons, fièvre ; état de malaise très-prononcé pendant trois jours, puis amélioration. La fièvre a cessé.

Le 22, seconde ponction, issue d'un pus plus épais, verdâtre ; injection iodée. Dès le soir, les frissons apparaissent ; le lendemain, la fièvre est très-vive ; langue rouge, sèche ; maux de tête, inappétence. — Cataplasme, eau de Sedlitz.

La plaie de la ponction ne se ferme pas, il s'en écoule du pus séreux fétide ; la poche est tendue, douloureuse. M. Voillemier pratique une incision pour donner au pus une issue plus facile ; lavages avec la teinture d'iode mélangée d'eau. Les symptômes de putridité s'amendent peu à peu, mais la suppuration reste très-abondante. La malade maigrit ; elle passe dans un service de médecine où l'on insiste sur le traitement tonique, en continuant les injections iodées. Malgré tous ces soins, les forces s'épuisent, s'affaiblissent de jour en jour. Le pus s'écoule toujours abondamment, la fièvre hectique se déclare, et la mort arrive dans les derniers jours de mai.

L'autopsie démontre une dénudation de la face externe de l'os des iles dans une étendue de 5 à 6 centimètres, un foyer purulent considérable dans la fosse iliaque externe ; rien dans le bassin ; tubercules pulmonaires peu avancés.

Ces faits, joints à bien d'autres éparpillés dans tous les recueils, ne tendraient donc pas à prouver que le nombre des guérisons ait considérablement augmenté depuis que les injections iodées ont vu le jour.

Dans la défense de sa méthode, M. Boinet a des dénégations singulières. L'application a été fautive : c'est là l'éternelle réponse aux insuccès qui viennent assaillir ses convictions ; mais si les règles qui doivent assurer le succès sont d'application si difficile, il est inutile de chercher à vulgariser le procédé, et la guérison des abcès par congestion deviendra un monopole. Mais non, M. Boinet se fait illusion : il croit de bonne foi avoir doté la science d'un nouveau remède contre les abcès par congestion ; il n'en est rien.

L'expérience, la raison s'accordent pour faire rejeter les injections iodées comme méthode générale de traitement ayant la prétention de guérir l'altération osseuse et la poche purulente ; non-seulement ce moyen ne prime pas tous les autres, mais les résultats qu'il a donnés en font tout au plus un moyen secondaire, palliatif.

Après avoir cherché les indications que présentent les abcès par congestion, et déterminé, autant que possible, les avantages et les

inconvénients des traitements proposés, il nous reste à examiner le cas où l'ouverture artificielle ou spontanée de l'abcès s'est transformée en trajet fistuleux.

Nous avons vu que dans la majorité des cas les troubles fonctionnels sont nuls tant que l'abcès reste fermé. Mais à peine une fistule est-elle établie, que voilà le malade exposé à des dangers très-graves, qu'on attribue généralement à l'inflammation de la poche, à la putridité du pus produite par l'action de l'air. Si l'apparition de ces accidents est presque constante, leur intensité est loin d'être la même dans tous les cas; il n'est pas rare de voir des malades traverser cette période, n'offrant qu'un peu de douleur locale et quelques troubles généraux légers.

Favoriser l'écoulement du pus, voilà l'indication dominante dans le cas de fistule. Ici la position déclive, une légère compression du foyer ont suffi pour enrayer les accidents ; s'ils avaient continué, on aurait probablement eu recours aux injections.

L'indication des injections iodées, que je regarde comme inacceptable quand on vient d'ouvrir l'abcès, devient moins incertaine quand il s'est formé une fistule ; alors l'iode vient combattre la putridité du pus, en facilite l'écoulement, modifie peut-être la vitalité de la membrane pyogénique. Voilà les limites de l'efficacité de l'iode. Des preuves, en voici.

Cette observation a été publiée par la Gazette des hôpitaux, 1856.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, scrofuleux, qui porte un abcès par congestion ilio-fémoral gauche. La maladie de la colonne vertébrale a jusque-là résisté à tout traitement. En août 1853, on fait une ponction avec la lancette, l'observation n'en dit pas plus ; tout se passe bien ; la plaie se ferme. A trois reprises, on évacue le pus par ce même procédé, sans voir survenir d'accidents généraux. A la quatrième ponction, fétidité du pus, fièvre grave, injection iodée, amélioration rapide ; dès lors les injections iodées sont renouvelées tous les huit jours. Deux mois après, il ne reste plus qu'une fistule légère qui se ferme seule ; tout allait pour le mieux, on croyait la guérison complète, quand de nouvelles douleurs de reins apparurent à droite. Ouverture de la tumeur par la lancette, injection iodée ; la guérison fut complète, on ne dit pas au bout de combien de temps.

L'auteur de cette observation s'écrie : Encore un succès des injections iodées ! Succès comme antiputride, rien n'est plus juste ; mais non pas guérison de la maladie par l'injection ; ce serait forcer la signification du fait.

Dans la Gazette des hôpitaux du mois de mai dernier, on trouve une relation très-longue d'abcès par congestion, à la suite de l'ouverture duquel se manifestèrent des accidents putrides qui furent efficacement combattus par les injections iodées. M. Jamain, dont l'article porte la signature, nous paraît être tombé dans l'erreur que nous signalons, c'est-à-dire qu'il tire de ce fait des conclusions qui n'y sont pas contenues.

En voici un résumé. C'est un homme de trente-cinq ans qui, à l'âge de trente ans, a déjà été atteint de gibbosité avec abcès par congestion iliaque droit. On fit une ponction avec un bistouri étroit : il s'établit une fistule, aucun accident ne survint; six mois après, l'orifice se ferma, le foyer était tari. Cinq ans après, nouvelle douleur lombaire, apparition d'un abcès dans la fosse iliaque gauche ; il acquiert un volume considérable ; la peau s'amincit ; ouverture spontanée. Néanmoins on pratique immédiatement une ponction; on évacue 1 litre de pus ; huit jours après, accidents généraux graves, fièvre ; on pratique une ponction, il sort du pus fétide; injections iodées, les accidents cessent rapidement; deux mois et demi après, il y avait encore une fistule, mais l'état du malade était satisfaisant.

Voilà donc un homme qui, à cinq ans d'intervalle, a deux abcès par congestion ; le premier guérit par ponction simple, fistule, sans d'accidents; dans le second, il y a fistule, accidents; l'iode réussit contre eux. Faut-il conclure de là que l'injection iodée est venue guérir un abcès par congestion ? Mais rien n'est moins légitime que cette conclusion, surtout après la guérison spontanée du premier abcès.

Ainsi donc, nous rendons à l'injection iodée ce qui lui appartient, sa propriété antiputride ; l'iode n'est pas du reste le seul agent qui enlève au pus sa putridité ; l'eau pure, l'eau chlorurée agissent tout aussi bien.

Si nous voulions résumer en quelques lignes les considérations que nous venons de présenter, nous dirions :

1° Il n'y a plus lieu de prononcer contre les abcès par congestion ces sentences décourageantes pour le médecin, qui faisaient de la guérison un but impossible à atteindre.

2° Comme l'a établi, par tant de faits, M. Bouvier, la guérison par absorption est bien plus fréquente qu'on ne le croit généralement ; cette guérison est préférable à toute autre, et, avant de songer à l'évacuation du pus, le médecin doit la rechercher par tous les moyens possibles.

3° Quand le mal arrive à une période assez avancée pour qu'il

soit nécessaire d'intervenir chirurgicalement, on aura recours de préférence aux ponctions successives, pratiquées d'après le procédé de M. J. Guérin, et, tandis qu'on pratiquera l'évacuation du pus, la méthode par absorption sera continuée avec non moins d'activité qu'auparavant.

4° Si l'on s'efforce de remettre les choses en leur véritable état, de rechercher d'une manière précise les limites de l'efficacité des injections iodées dans les abcès par congestion, on trouve que la guérison radicale par l'iode, en tant que topique, n'est qu'une usurpation faite en son nom, et qu'il convient de ne lui conserver que son application comme antiputride, après la formation d'une fistule.

Conformes au jugement porté déjà par d'excellents esprits, nos conclusions pratiques tendent donc à réduire la part que les tentatives opératoires se sont voulu arroger dans le traitement des abcès par congestion; si nos sympathies sont prudentes, on ne les dira pas du moins entachées de timidité ou de réserve exagérée; elles dérivent de l'observation, base de toute idée thérapeutique. Au reste, nous n'avons pas la prétention de juger en dernier appel; nous joignons quelques pièces à un procédé auquel manque une instruction complète et désintéressée, trop heureux de concourir, dans une faible mesure, au triomphe de la vérité sur cette matière.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Action physiologique et thérapeutique des ferrugineux. — Avantages des préparations solubles sur les préparations insolubles (suite) (1);

Par M. A. Gélis.

II. *Est-il vrai que l'acidité du suc gastrique ne soit pas diminuée lorsque ce liquide dissout les préparations de fer insolubles?* — En lisant cette question, tout le monde se demandera si elle a été réellement posée, et on pourra même être tenté de croire que j'ai prêté à dessein à M. Quevenne des opinions par trop contraires à l'évidence, afin de me donner la puérile satisfaction de les réfuter.

Pour échapper à cette accusation, je vais reproduire textuellement les phrases mêmes, dans lesquelles cette question se trouve posée et résolue dans le sens affirmatif.

(1) Suite. — Voir le numéro précédent, p. 167.

On lit, page 44. F. « On a dit aussi, et cela théoriquement, que les « préparations ferrugineuses insolubles avaient ceci de défavorable « qu'elles ne pouvaient se dissoudre qu'en détruisant plus ou moins « l'acidité du suc gastrique et que, par conséquent, leur absorption « avait lieu aux dépens de ce liquide précieux destiné à un autre « but. Nous allons voir qu'il y a là tout au moins une grande exa- « gération. »

Et page 51, sixième conclusion : « Il y a aussi une grande exagé- « ration à dire que la dissolution de ces mêmes préparations inso- « lubles ne peut avoir lieu qu'au détriment du suc gastrique; nous « voyons, en effet, que le degré d'acidité n'est pas toujours diminué « par ces sortes de produits, et que lorsqu'il y a diminution, celle-ci « est peu étendue (5 à 6 pour 100). »

Puis ailleurs, et comme correctif, page 45 : « Cependant on peut « remarquer, sans que ce soit une règle absolue, que les sels de fer « administrés à doses thérapeutiques ont de la tendance à élever un « peu le degré d'acidité, tandis que certaines préparations insolu- « bles, le fer réduit surtout, tendent à le diminuer. »

M. Quevenne semble toujours oublier qu'il fait des recherches de chimie physiologique ; il ne tient aucun compte du rôle des tissus ; il produit ses réactions dans l'estomac de deux animaux vivants, il retire, au moyen d'une fistule, les liquides qu'il analyse, et il disserte et raisonne comme si tout se passait sur un fourneau, dans un appareil de verre ou de porcelaine et en dehors de toute action vitale.

Il fait prendre à des chiens 0gr,5 de fer réduit, et, pendant la digestion du métal, il analyse le suc gastrique et il trouve que son acidité, comparée à celle de la moyenne qu'il a établie pour le suc gastrique normal, a varié en sens divers, mais dans des limites très-faibles. Si l'expérience avait été faite dans un ballon de verre, la diminution de l'acidité aurait été proportionnelle au poids de métal dissous ; s'il n'en a pas été ainsi, c'est parce que l'on opère dans un milieu où le liquide acide se renouvelle sans cesse.

Il a placé du fer métallique dans un estomac qui contient, entre autres agents, de l'acide lactique ; une partie de ce fer est devenue soluble ; elle n'a pu le devenir qu'en saturant une quantité équivalente de cet acide. M. Quevenne a en effet constaté une diminution d'acidité ; mais parce que cette diminution est faible, et qu'elle contrarie ses vues, il trouve plus simple de n'en pas tenir compte. Cependant l'explication est facile : si la diminution d'acidité n'est pas considérable, c'est que l'acide du suc gastrique employé a été remplacé à mesure ; il a été remplacé, parce que l'opération s'est

faite dans un organe vivant et que la simple présence d'un corps solide, et surtout d'un aliment dans l'estomac, suffit pour déterminer la sécrétion du suc gastrique. Mais, comme je l'ai déjà dit, cette sécrétion forcée ne sera pas sans inconvénients pour certains estomacs délabrés.

A ceux qui parlent des inconvénients qu'il y a à transformer un organe vivant en laboratoire de chimie, M. Quevenne répond que l'on exagère; il dit que l'acidité ne diminue point, il nie que des désordres puissent survenir lorsqu'on donne du fer à dissoudre à un estomac malade, qui peut à peine digérer les aliments les plus légers, et il ne fait pas attention que, quelques pages plus loin, pages 61 et suivantes, il donne lui-même la preuve la plus évidente de la possibilité de ces désordres.

Dans une partie de son livre, M. Quevenne a cherché à connaître jusqu'à quelle dose certaines préparations de fer pouvaient être administrées sans danger, et il a appelé dose extra-thérapeutique cette quantité qu'il n'est pas prudent de dépasser. Or, il a vu que le fer réduit et le proto-carbonate de fer, qui sont assez bien supportés à la dose de 1 gramme, déterminent constamment des selles liquides et des vomissements, à la dose de 2 grammes, alors même qu'ils ont été administrés en même temps que les aliments. Le lactate de fer, au contraire, donné huit fois à la dose de 1 et de 2 grammes, n'a occasionné ni selles liquides, ni vomissements, et ce n'est qu'à la dose de 3 grammes que M. Quevenne a pu constater quelques signes de fatigue chez les animaux auxquels il l'administrait. Comme il ne faut pas perdre de vue que, dans le cas de l'administration des préparations insolubles de fer que j'ai cité, c'est du lactate de fer qui prend naissance, les désordres observés ne doivent pas être attribués à la nature du sel, qui est le même dans tous les cas. On ne peut pas les attribuer plus logiquement à sa quantité, car les préparations insolubles de fer se dissolvent insensiblement et d'une manière très-incomplète, et le lactate n'apparaît que successivement dans l'estomac; l'action locale devrait être par suite moins énergique lorsqu'on emploie le fer réduit ou le carbonate que lorsqu'on administre le lactate de fer tout formé; dans ce dernier cas, en effet, on porte dans l'estomac et d'un seul coup la totalité du médicament, et néanmoins il est parfaitement supporté. On est donc conduit à attribuer les désordres qui ont eu lieu dans le premier cas à la fatigue imposée à l'estomac des chiens, chargés d'opérer cette dissolution. A plus forte raison ces désordres devront-ils se produire dans l'estomac d'une convalescente ou d'une chlorotique.

Dès lors, M. Quevenne n'était pas fondé à taxer d'exagération les personnes qui ont soutenu et qui soutiennent encore que les préparations insolubles de fer doivent céder le pas à certaines préparations solubles, parce que l'absorption des premières ne peut jamais avoir lieu qu'aux dépens de liquides destinés à un autre but : elles ont tout simplement énoncé un fait vrai. N'est-il pas raisonnable d'administrer les médicaments dans l'état le plus voisin de celui sous lequel ils sont présumés devoir agir, lorsqu'il est possible de satisfaire en même temps aux conditions particulières de conservation et de facilité d'emploi que doivent remplir toutes les bonnes préparations pharmaceutiques?

Tout cela me paraît de la plus grande évidence; je passe au troisième point de la discussion.

III. *Est-il exact de dire, d'une manière générale, que les préparations de fer insolubles par elles-mêmes sont moins actives que les sels solubles de ce métal?* — A cette question je réponds oui; mais M. Quevenne dit non. Il ajoute que les faits observés par lui montrent que si la proposition est vraie relativement au safran de mars, elle ne l'est nullement pour d'autres préparations insolubles, le fer réduit, par exemple. Mais ici M. Quevenne a encore pris la question à l'envers; je vais le démontrer.

Lorsqu'il a fait la série d'expériences qui lui a permis d'observer les faits dont il parle, quel était son but? déterminer, par des moyens chimiques, l'action thérapeutique et la valeur relative des différentes préparations ferrugineuses, problème qui, selon moi, appartient tout entier à l'expérimentation clinique, et ne peut être résolu que par le médecin et au lit du malade. Or, comment M. Quevenne s'y est-il pris?

Il administrait à un chien 0gr,5 de chacune des préparations dont il voulait comparer l'efficacité; au bout de deux heures il retirait de l'estomac de ce chien 100 grammes de liquide, il dosait dans ces 100 grammes de liquide la quantité de fer qui se trouvait en dissolution. Pour M. Quevenne la préparation de fer la plus active est celle dont il a trouvé une quantité plus considérable dans l'estomac; il me semble, en bonne logique et en tenant compte des conditions de son expérience, que c'est le contraire qu'il aurait fallu conclure. Pour atteindre le but qu'il se proposait, ce n'est pas ce qui restait dans l'estomac deux heures après l'ingestion du médicament qu'il fallait doser, mais bien plutôt ce qui en était sorti.

Tout le monde admettra avec moi que les préparations solubles

n'ont pas besoin d'être digérées dans l'estomac ; il y en a même qui traversent cet organe avec tant de rapidité qu'on les retrouve dans les urines, quelques minutes après l'ingestion ; or, si 0gr,5 de lactate de fer sont administrés par la bouche, 0gr,5 arriveront nécessairement dans l'estomac ; si on ne les y retrouve pas à l'état de dissolution, c'est qu'ils auront été absorbés. On dira peut-être que la préparation aura pu être précipitée ; j'ai fait voir en commençant ce que l'on doit penser de cette prétention, qui, dans le cas même où elle serait admise, ne ferait que reculer la difficulté.

Si l'estomac était un récipient inerte, l'expérience de M. Quevenne serait bien ordonnée, mais il n'en est pas ainsi ; c'est un organe qui fonctionne sans cesse et qui ne garde ce qu'on lui confie que le temps nécessaire à l'élaboration. Lorsqu'une préparation de fer soluble est administrée, l'estomac exerce aussitôt sur elle son action assimilatrice ; il n'en est pas de même pour une préparation insoluble, il faut d'abord que cette préparation soit dissoute ; or, cela est subordonné à une foule de conditions, à l'état de l'estomac, à la quantité d'acide sécrété, à l'affinité plus ou moins grande de cet acide pour les différentes substances alimentaires qui accompagnent le fer, lorsque celui-ci a été pris en même temps que le repas. Il est tout simple qu'après une heure ou deux d'ingestion, l'estomac ne contienne plus que des traces des préparations solubles administrées ; il est naturel aussi que l'on retrouve après ce temps beaucoup de fer dissous dans le liquide stomacal, lorsqu'on a expérimenté avec une préparation insoluble, mais facilement attaquable par les acides ; car, dans ce dernier cas, l'expérimentateur a saisi la préparation au moment où la dissolution du médicament est en pleine activité et où l'absorption est à peine commencée.

Un fait, observé par M. Quevenne lui-même, vient à l'appui de mon interprétation ; je lis dans son livre, page 40 : « La préparation « qui, par sa moyenne, vient après le fer réduit, pour la proportion « de fer introduite dans le suc gastrique, est la limaille. Nous voyons « même sur le tableau y relatif (le cinquième), que la proportion « de métal dissoute par le suc gastrique dépasse quelquefois celle « fournie par le fer réduit (Expér. nos 3 et 6), tandis que dans « d'autres cette quantité est très-faible (Expér. nos 1 et 10). »

En adoptant ma manière de voir, ce fait, dont M. Quevenne a de la peine à se rendre compte, s'explique naturellement. Il y a deux cas dans lesquels on ne doit retrouver que des traces de fer à l'état soluble, c'est : 1° quand la substance a été administrée dissoute et en quelque sorte digérée ; le rôle de l'estomac se réduit alors à un

simple travail d'absorption ; 2° quand la substance administrée est dans le cas du safran de mars astringent, c'est-à-dire presque inattaquable par les acides faibles ; alors le sel soluble, ne se formant que dans des proportions insignifiantes, n'a pas le temps de s'accumuler, parce que le travail d'absorption est plus rapide que celui de dissolution. Lorsqu'on aura administré une préparation insoluble, mais attaquable par le suc gastrique, dans les conditions de l'expérience de M. Quevenne, toutes choses étant égales d'ailleurs, on devra retrouver d'autant plus de fer dans l'estomac que la dissolution de cette préparation aura présenté plus de difficulté. M. Quevenne a dressé un tableau, le quatorzième, dans lequel il a rangé les différents ferrugineux dans l'ordre de leur activité supposée, d'après l'interprétation qu'il donne à ses expériences. Si on adoptait la mienne, pour avoir l'équivalent thérapeutique de la substance (je me sers du mot inventé par M. Quevenne), au lieu de lire les noms des substances qui composent ce quatorzième tableau dans l'ordre institué par son auteur, c'est-à-dire de haut en bas, il faudrait rayer d'abord du tableau le safran de mars astringent, qui est un détestable produit, puis le lire en sens inverse, c'est-à-dire de bas en haut. Les préparations insolubles se présenteraient alors dans l'ordre suivant :

Proto-carbonate de fer.
Ethiops martial (obtenu par la rosée).
Fer réduit.
Limaille de fer (Exp. 5 et 6).

Cet ordre est, jusqu'à un certain point, en rapport avec ce que l'on sait de l'action chimique des acides sur ces produits insolubles. On comprend que le carbonate de fer bien préparé et qu'un oxyde qui présente peu de cohésion soient plus facilement attaqués que le métal qui, pour passer à l'état de sel, a besoin de satisfaire deux affinités, puisqu'il faut d'abord que l'eau soit décomposée pour que l'oxyde puisse se former aux dépens de son oxygène, puis que cet oxyde soit dissous au moment de sa formation.

Mais, pour en revenir aux tableaux de M. Quevenne, je ferai remarquer qu'il ne faut pas accorder une confiance absolue à ces colonnes de chiffres si laborieusement alignés. Dans les expériences de la nature de celles que je discute, les résultats s'accordent rarement entre eux ; pour arriver aux conséquences à tirer, on se contente quelquefois d'un seul dosage, c'est ce qu'a fait M. Quevenne quand il a cherché l'équivalent thérapeutique du lactate de fer, de l'éthiops, du chlorure de fer, etc., ou bien on multiplie les analyses, si les premières n'ont pas été favorables aux idées préconçues, et on éta-

blit une moyenne. Cette méthode des moyennes, qui, sagement employée, a rendu des services dans certains cas, et lorsque les expériences extrêmes s'éloignent peu les unes des autres, est une méthode déplorable lorsqu'elle est appliquée à des résultats très-discordants; elle ne tend à rien moins qu'à faire passer pour exact un résultat que l'on a déduit de plusieurs analyses reconnues fausses; j'insiste sur ce point parce que M. Quevenne n'a pas toujours su éviter cet écueil; et pour le prouver je reproduis le cinquième tableau, dans lequel se trouvent consignés les dosages qui se rapportent à l'action thérapeutique de la limaille de fer.

CINQUIÈME TABLEAU.

Limaille de fer pour 0,5 de produit employé.

Fer métallique correspondant à la quantité du sel de fer trouvé dans 100 gr. de suc gastrique.

Nos 1...	0,0254	Nos 5...	0,0416	Nos 9...	0,0518
2...	0,0388	6 ..	0,0526	10...	0,0166
3...	0,0596	7...	0,0524		
4...	0,0518	8...	0,0504	Moyenne...	0,0359

Cette moyenne de 0,0359 place la limaille, dans le tableau des équivalents thérapeutiques, immédiatement au-dessous du fer réduit et avant toutes les autres préparations insolubles. Si on supprime la troisième et la sixième expérience, la moyenne est ramenée à 0,0308, et alors la limaille doit céder sa place à l'éthiops. Si, au contraire, on ne considère comme bonnes et bien faites que ces deux analyses, on est obligé de placer la limaille bien au-dessus du fer réduit. Toutes les variations que l'on remarque dans les résultats de M. Quevenne peuvent cependant s'expliquer; la quantité de fer trouvée dans le suc gastrique dépend en grande partie du temps écoulé entre l'ingestion du produit et le moment où on a recueilli l'échantillon de suc gastrique examiné. Mais, en présence de ces variations, M. Quevenne aurait dû comprendre qu'il ne se trouvait pas dans les conditions ordinaires des recherches de laboratoire, et qu'il devait compter avec l'action vitale dont l'influence venait peser sur tous ses résultats.

Les expériences chimiques, faites jusqu'à ce jour dans le but de reconnaître la quantité de fer que le corps absorbe dans les différentes médications par les ferrugineux, ne peuvent rien nous apprendre touchant la valeur relative de ces produits. Le chimiste rencontrera longtemps encore de grandes difficultés dans cette recherche, parce que la quantité de métal absorbé par l'économie dans le temps limité de la digestion, est toujours très-petite, et que les résultats peuvent être modifiés par un grand nombre de causes. Ce-

pendant, si on arrive jamais au but, on y parviendra plus tôt par l'analyse des résidus que par celle des liquides.

Du reste, dans le choix des ferrugineux et dans les recherches de chimie physiologique qui se rapportent à l'étude de l'action du fer sur l'économie, on ne tient pas assez compte des différences qui existent entre ses diverses préparations. Lorsqu'il s'agit de médicaments énergiques, du mercure ou de l'antimoine, par exemple, non-seulement on s'inquiète de la nature de l'acide combiné avec ces métaux, mais encore de sa quantité. Personne ne substituerait dans la pratique le protochlorure de mercure au bichlorure, l'émétique à l'antimoine diaphorétique. Pour le fer, c'est bien différent; comme les composés de ce métal n'ont jamais tué personne, beaucoup de médecins prescrivent indistinctement le fer à l'état de métal ou à l'état d'oxyde, ou combiné à un acide quelconque; la même indifférence se remarque dans les travaux de physiologie. Veut-on savoir l'action du fer sur l'estomac, on prend du fer réduit; s'il s'agit des intestins, on se sert du tartrate de potasse et de fer ou d'un sulfate, et ainsi de suite, sans choix et sans règle. Il en résulte qu'il est impossible d'arriver à des conséquences générales; les expériences ne sont pas comparables entre elles et ne peuvent être opposées les unes aux autres.

Sur la préparation de l'iodure de chlorure mercureux.

Par M. Gobley.

L'attention des médecins a été appelée de nouveau, dans ces derniers temps, sur un composé chimique découvert par M. Boutigny en 1847, et que ce savant a fait connaître sous le nom d'iodure de chlorure mercureux. Les éléments qui servent à le préparer sont, comme on le sait, le protochlorure de mercure et l'iode dans le rapport de 1 équivalent d'iode pour 2 équivalents de protochlorure. Il consiste en un mélange de calomel, de biiodure et de bichlorure de mercure; il est, par conséquent, moins actif que les biiodure et bichlorure de mercure, et plus actif cependant que le protoiodure et protochlorure du même métal. Il est très-préconisé en ce moment pour combattre certaines affections de la peau, et surtout celle qui est connue sous le nom de couperose.

Lorsqu'on met sous une cloche, dans des vases séparés, de l'iode et du protochlorure de mercure, on voit celui-ci prendre peu à peu une couleur rouge qui va toujours en augmentant. La chaleur et la

lumière exercent une grande influence sur la rapidité de la réaction. Mais comme il faut toujours un temps très-long pour que tout l'iode soit volatilisé et absorbé, M. Boutigny a conseillé, pour préparer plus rapidement l'iodure de chlorure mercureux, le procédé suivant : on prend du calomel grossièrement pulvérisé, on l'introduit dans un matras d'essayeur, et on le chauffe doucement, en l'agitant jusqu'à ce qu'il commence à se sublimer ; alors on ajoute l'iode par petites parties, et la combinaison s'effectue avec bruit, sans perte sensible d'iode. Si, au contraire, on mélangeait l'iode avec le calomel, avant de l'introduire dans le matras, une bonne partie de l'iode se volatiliserait, et l'on n'obtiendrait qu'un mélange à proportions inconnues, et, par conséquent, d'un effet incertain.

Ce procédé ne laisse pas que de présenter quelque difficulté dans son exécution, et il demande une certaine habitude pour être mené à bonne fin. M. Perrens, dans une note très-intéressante, a proposé de substituer à l'iodure de chlorure mercureux le simple mélange de l'iode avec le calomel. Pour moi, j'ai cherché à rendre le procédé de M. Boutigny plus pratique, plus facile à exécuter, et j'y suis arrivé en n'opérant que sur de petites quantités à la fois. La combinaison des deux corps se fait alors avec la plus grande facilité et sans la moindre perte d'iode. Voici comment j'opère :

Pr. Calomel à la vapeur..................	5,95
Iode................................	1,98

On réduit l'iode en poudre dans un mortier, on le mêle avec le calomel, et on introduit le mélange dans un petit matras en verre à l'aide d'un tube en papier qui le porte au fond du vase. Celui-ci est placé ensuite sur du sable chaud, et quelques instants après on voit la masse prendre d'abord une teinte verdâtre, puis entrer en fusion. On retire le matras du feu, et la masse ne tarde pas à se solidifier. Dans cette opération, qui ne dure que quelques instants et que l'on peut refaire un grand nombre de fois dans un temps très-court, il ne se dégage aucune vapeur d'iode, et la combinaison s'effectue sans bruit.

Le produit est d'abord verdâtre, puis à l'air il devient peu à peu rouge, et il finit par l'être complétement. Le procédé que je propose pour préparer l'iodure de chlorure mercureux est très-facile à mettre en pratique, et il me paraît préférable à celui de M. Perrens, parce qu'il donne un produit tout à fait identique à celui de M. Boutigny.

L'iodure de chlorure mercureux est employé en pommade et en pilules.

La formule habituelle de la pommade est la suivante :

Iodure de chlorure mercureux en poudre.	0,75
Axonge....................................	60,00

Mêlez avec soin.

La formule ordinaire des pilules est celle-ci :

Iodure de chlorure mercureux.........	0,25
Gomme arabique.....................	1,00
Mie de pain.........................	9,00
Eau de fleurs d'oranger...............	Q. S.

Pour 100 pilules.

Ces formules sont de M. Boutigny.

L'iodure de chlorure mercureux est, du reste, un médicament très-actif, dont l'emploi doit être surveillé avec soin.

Quelques mots encore sur l'iodure de chlorure mercureux.

Les procédés assez nombreux qu'on a publiés dans ces derniers temps pour obtenir l'iodure de chlorure mercureux nous font regretter encore plus que M. Boutigny, d'Evreux, qui, le premier, a fait connaître ce composé particulier, n'ait pas donné le procédé à l'aide duquel il obtient un produit toujours identique à lui-même. Qu'on ne l'oublie pas, en effet, l'iodure de chlorure mercureux n'est pas un produit bien défini dans sa composition, et lorsqu'il se présente sous deux états différents, il devient difficile de savoir auquel on doit donner la préférence. Comment le médecin pourra-t-il compter sur un produit différent de celui qui a été employé par les personnes qui ont institué les premières expériences? Il importe donc, et nous faisons appel sur ce point aux chimistes et pharmaciens, il importe donc, disons-nous, que la science soit fixée sur la nature réelle de l'iodure de chlorure mercureux : si c'est un sel véritable, qu'on en précise la composition; si c'est, au contraire, un médicament composé d'iodure de mercure, de bichlorure de mercure et de protochlorure de mercure, qu'on détermine la proportion véritable dans laquelle ces divers corps se trouvent réunis dans le produit de M. Boutigny.

Les remarques précédentes empruntent leur principal intérêt à l'indication qui a été faite par M. Bouchardat, dans son Annuaire thérapeutique, de deux iodures de chlorure mercureux, l'un qui serait, pour ainsi dire, un protoiodure, et l'autre un deutoiodure, et aussi à un travail récent de M. Perrens qui, à son tour, propose de préparer deux iodures de chlorure mercureux, différant l'un de l'au-

tre, non-seulement par leurs propriétés physico-chimiques, mais encore très-probablement par leur action thérapeutique. Le procédé de M. Perrens diffère de tous ceux connus en ce qu'il opère sans l'intervention de la chaleur.

Pour la préparation du premier iodure, M. Perrens broie dans un mortier de verre ou de porcelaine 15gr,80 d'iode avec 59gr,50 de perchlorure de mercure, jusqu'à ce que le mélange soit très-intime, et il y ajoute un peu d'alcool, de manière à donner à la masse la consistance d'une pâte molle. La couleur change peu à peu, devient rougeâtre, et, au bout de quelques instants de trituration, l'opération est terminée ; il ne reste plus qu'à laisser sécher la pâte à l'air libre et à l'abri de la lumière, dont on connaît l'influence sur les iodures de mercure. Voilà le composé correspondant au premier produit indiqué par M. Bouchardat dans son Annuaire, et l'analyse démontre qu'il a la même composition ou au moins que le protochlorure, le bichlorure et le biiodure de mercure y sont dans les mêmes proportions, et les proportions sont nécessairement moins susceptibles de varier, puisque ce procédé ne présente pas de chance de perte d'aucune partie de chacun des composants.

Pour le deuxième composé, M. Perrens opère de la même manière : même dose d'iode, mais seulement 29gr,74 de protochlorure de mercure, sur un équivalent de l'un et de l'autre. Ce second produit est plus rouge que le premier et ne contient plus de perchlorure, ce dont on peut s'assurer en le traitant par l'alcool bouillant qui le dissout complétement sans laisser de résidu.

Ce procédé a sans doute des avantages, il donne un produit moins variable dans sa couleur ; dès que l'iodure est sec, il prend la teinte rouge qu'il doit avoir et la conserve surtout à l'abri des rayons lumineux ; mais, en réalité, ce produit est-il le même que celui de M. Boutigny, et de ces deux procédés, quel est celui qui donne le composé le plus rapproché de celui du chimiste d'Evreux ? Le premier sans doute ; mais l'identité est-elle absolue ? La question est encore à résoudre, et, nous le répétons, il importe qu'elle soit résolue le plus tôt possible ; car les médecins seraient exposés à beaucoup de mécomptes, si l'on ne mettait entre leurs mains un produit toujours identique à lui-même. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Propositions sur la fièvre typhoïde ;

Par le docteur DE LARUE, médecin de l'hospice des Vieillards, à Bergerac.

I. Assujettie à diverses dénominations, suivant l'ignorance des temps, le caprice des esprits ou les progrès de la science, l'affection typhoïde (τύφος, εἶδος) est particulièrement appelée, sans nul doute, à nous donner longtemps encore le spectacle des controverses.

II. Les fièvres dites angioténique (inflammatoire), méningo-gastrique (bilieuse), adéno-méningée (muqueuse ou pituitante), adynamique (putride), ataxique (maligne, de Selle et Pinel), et la fièvre lente nerveuse d'Huxham, ne sont, malgré l'autorité des opinions contraires, que des variétés de la fièvre typhoïde.

III. D'une nature évidemment *sui generis*, l'affection qui nous occupe a probablement son point de départ dans le sang.

IV. Environ quinze fois sur vingt, le début de la dothiénentérite a lieu sans avoir été précédé de préludes. C'est ordinairement au milieu de toutes les apparence d'une bonne santé qu'éclate la maladie.

V. De tous les phénomènes d'invasion la céphalalgie est le plus fréquent.

VI. La stupeur et la prostration des forces sont en général, dès l'apparition du mal, portées à un haut degré. Presque toujours aussi l'intelligence a notablement perdu de son énergie accoutumée.

VII. Il est très-rare que la douleur abdominale soit très-vive ; le plus souvent elle est très-obtuse, même par une forte pression sur les parois du ventre. Dans quelques circonstances, elle manque entièrement.

VIII. Des lésions anatomiques que l'on *peut* rencontrer à l'ouverture des sujets qui ont succombé à l'affection typhoïde, celles qui siégent dans les follicules intestinaux, isolés ou agminés, et dans les ganglions du mésentère, sont les seules qui lui soient propres ; toutes les autres sont accidentelles.

IX. La gravité de la maladie est-elle en rapport avec le nombre de plaques affectées ? Non, sans doute, car dans quelques cas qui se sont terminés par la mort, on n'en a trouvé que *deux*, qu'*une seule*, et même que la *moitié d'une* qui fût malade.

X. Peut-il exister quelquefois des fièvres typhoïdes sans lésions des glandes de Brunner ou de Peyer ? Nous n'hésitons pas à répondre : Oui...

XI. Il n'est pas possible de déterminer au juste à quelle époque de la maladie commence l'altération des follicules muqueux de l'intestin.

XII. L'étiologie de l'entérite folliculeuse est encore environnée des plus épaisses ténèbres ; elle apparaît le plus souvent sans causes connues.

XIII. Elle sévit presque exclusivement sur la jeunesse ; la vieillesse en est toujours à l'abri.

XIV. Le séjour récent dans une grande ville exerce une influence occasionnelle bien marquée sur son développement.

XV. On ne l'observe qu'une fois chez le même individu. Nous ne sachons pas qu'il y ait d'exceptions à cet égard.

XVI. Comme la plupart des fièvres éruptives, elle porte avec elle un principe essentiellement contagieux.

XVII. On peut déterminer à volonté une gastrite, une entérite, une péritonite, une pleurésie, etc., etc., *mais jamais une fièvre typhoïde...*

XVIII. Le diagnostic de cette affection n'est pas toujours facile ; dans quelques cas ce n'est qu'à l'aide d'une grande sagacité, d'une sage patience et d'une longue habitude, qu'il est possible de bien asseoir son jugement.

XIX. Les taches rosées, appelées *typhoïdes*, manquent fréquemment, surtout en province.

XX. Son pronostic est toujours grave, mais d'autant plus, toutes choses égales d'ailleurs, qu'elle est ataxique, que dès l'invasion ou pendant son cours elle revêt un plus grand nombre des formes que nous lui avons assignées, que des hémorrhagies abondantes existent, que les sujets sont plus âgés, qu'ils appartiennent au sexe masculin.

XXI. Quand les signes de la convalescence arrivent avant d'être attendus, on doit craindre à peu près sûrement un retour funeste.

XXII. Les suites de la fièvre typhoïde se montrent quelquefois aussi redoutables et non moins difficultueuses que la maladie elle-même.

XXIII. Les crises salutaires sont loin d'être acquises à l'entérite folliculeuse. En général, les phénomènes considérés comme tels appartiennent à une aggravation véritable.

XXIV. L'affection typhoïde qui ne s'accompagne pas de diarrhée (ce qui n'est pas aussi rare qu'on le croit généralement) offre par ce fait beaucoup moins de danger.

XXV. Ses lésions pathologiques ne font rigoureusement sa gra-

vité que lorsqu'elles se terminent par la perforation des intestins.

XXVI. La toux qui existe au commencement de la maladie n'a pas l'importance de celle qui apparaît plus tard. Sympathique ou bronchique dans le premier cas, elle indique ordinairement une pneumonie intercurrente dans le second.

XXVII. Si menaçante que paraisse la situation, il y a néanmoins lieu d'espérer une fin heureuse : 1° lorsque le pouls se maintient relativement fort et peu précipité; 2° lorsque la peau n'est pas *habituellement* sèche, brûlante ou refroidie; 3° lorsque les redoublements de la fièvre se terminent par une sueur à la fois douce, chaude, abondante et vaporeuse; 4° lorsque les épistaxis font *entièrement* défaut.

XXVIII. Les observations que l'on a recueillies sur le sang des individus atteints de fièvre typhoïde, soit pendant leur vie, soit après leur mort, prouvent que dans un bon nombre de cas « cette chair coulante, » comme l'appelait Bordeu, n'est pas exempte d'altération.

XXIX. Il n'y a aucune autre affection où les tissus aient autant de tendance à tomber en gangrène que dans la dothiénentérite.

XXX. Cette maladie ayant quelquefois, surtout au début, une grande analogie avec les fièvres rémittentes, particulièrement familières à certaines localités, nous nous expliquons les *vertus antityphoïdes* que, dans ces derniers temps, on a attribuées à tort au sulfate de quinine.

XXXI. Considérée en général, la thérapeutique de l'affection typhoïde est complexe, difficile, parfois entourée d'écueils.

XXXII. Dans la pratique journalière, il faut, selon nous, comme base : 1° proscrire les émissions sanguines; 2° employer avec persistance les préparations mercurielles, principalement en frictions sur le ventre, et le lavement ci-après, administré en moyenne matin et soir :

Eau distillée..............................	200 grammes.
Magnésie..................................	49 centigrammes.
Camphre..................................	50 centigrammes.
Asa-fœtida................................	30 centigrammes.
Quinquina rouge en poudre.................	2 grammes.
Jaune d'œuf...............................	N° 1.

XXXIII. Bien rarement utiles, les narcotiques nuisent ordinairement dans le traitement de l'entérite folliculeuse.

XXXIV. Passé le *douzième* jour, la diète absolue devient ici généralement dangereuse, quel que soit d'ailleurs l'état du patient.

XXXV. La fièvre typhoïde, *malgré son excessive gravité*, est très-certainement la maladie aiguë où l'on voit la plus grande somme de guérisons inespérées.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire de la médecine grecque depuis Esculape jusqu'à Hippocrate inclusivement, par M. S. Houdart, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, ex-médecin d'une fonderie impériale de Ruelle, et ancien aide-major de la garde nationale.

Entraîné par un penchant irrésistible vers les recherches historiques, M. Houdart avait consacré son premier travail, sa thèse inaugurale, à l'élucidation de la question qui est l'objet même du présent livre. Quelque incomplet qu'il fût et qu'il dût être, ce travail, prémices d'une intelligence laborieuse et sagace, fut parfaitement accueilli, et des juges appelés à l'apprécier, et du public médical, aux oreilles duquel retentirent les applaudissements de la Faculté. Succès oblige; aussi notre savant confrère, suivant la pente de son esprit, crut-il devoir consacrer de longues années d'études solitaires à explorer plus attentivement qu'il n'avait pu le faire la route obscure dans laquelle il s'était tout d'abord courageusement engagé. Malheureusement, la mort a surpris M. Houdart au milieu de cette exploration laborieuse, et l'a forcé de laisser inachevée une œuvre dans laquelle il avait dépensé presque toute sa vie. Ce sont ces fragments sur l'histoire de la médecine avant Hippocrate, arrachés par une main débile aux ruines d'un passé plein de ténèbres, que nous avons en ce moment à juger.

Mais avant d'aborder le sujet même de cette notice bibliographique, qu'on nous permette de payer à la mémoire de notre savant et infortuné confrère le tribut d'éloges qu'appelle naturellement une vie si bien remplie et si vite brisée. Dès l'année 1827, M. Houdart fut frappé d'une attaque d'apoplexie, et, malgré les soins attentifs dont il fut entouré, jamais le système nerveux ne se releva de l'atteinte profonde qu'il avait subie : les forces musculaires défaillirent successivement. M. Houdart perdit la faculté d'écrire, et, quelque temps avant sa mort, arrivée l'an dernier, il dictait à sa femme les dernières pages de son histoire de la médecine grecque avant Hippocrate. Qui ne se sent ému d'un sentiment de tendre commisération en face d'une telle infortune et d'un si admira-

ble dévouement à la science? Ah! conservons dans le recueillement d'un pieux souvenir la mémoire d'un médecin, qui triompha de toutes les angoisses de la maladie, de tous les égoïsmes d'un organisme mortellement atteint dans un des principaux foyers de la vie, pour consacrer au culte pur de la science tous les instants que la souffrance ne dévorait pas. Je ne sais, mais il me semble que l'âme se retrempe dans ces nobles et grands souvenirs, et y puise la force nécessaire pour supporter, sans trop de misanthropie, les ennuis de la vie, en face de toutes les injustices et de toutes les bassesses humaines. Si ces quelques lignes, expression d'une sympathie sincère pour une douleur inconsolée, tombent un jour sous les yeux de la veuve de notre regrettable confrère, puisse-t-elle y lire le sentiment qui les a dictées, et y trouver un allégement à ses regrets, en lui montrant qu'ils sont partagés!

La thèse que M. Houdart soutient dans ce livre, c'est qu'avant Hippocrate, les médecins avaient de glorieux représentants, et que cette science n'est pas sortie tout entière du cerveau du divin vieillard, à la façon dont la fable fait sortir Minerve du cerveau de Jupiter. Les principaux arguments sur lesquels s'appuie notre laborieux auteur, pour démontrer cette proposition, sont de deux ordres. Il commence d'abord par établir qu'il est contraire à toutes les notions du bon sens comme à la marche de l'esprit humain, dans quelque direction scientifique que ce soit, de supposer qu'avant Hippocrate la médecine n'ait pas été cultivée scientifiquement, et que d'un seul coup elle soit arrivée au point où nous la montre la collection hippocratique. Avec un luxe d'érudition dont serait jaloux un membre de l'Académie des inscriptions, M. Houdart montre que nul génie, si grand qu'il soit, n'est arrivé à atteindre un but un peu élevé, sans que la voie qui l'y a conduit n'ait été largement préparée, n'ait été frayée par quelques hardis voyageurs dans le monde de la pensée. A voir la lenteur avec laquelle le progrès s'accomplit aujourd'hui même, malgré des méthodes plus sévères, malgré les lumières concentrées sur une foule de points de la mappemonde de la science, on ne saurait guère douter que cette vue, si fortement qu'elle heurte nos préjugés, ne soit l'expression de la vérité. Et puis, comment admettre, d'autre part, que la médecine, qui correspond si parfaitement à l'un des instincts les plus profonds de l'organisme si précaire de l'homme, et le dirai-je, aux lâchetés du cœur humain, ait été la dernière science à éveiller les curiosités de l'esprit? Non, cela n'est pas possible, et de quelque originalité que soient marquées les œuvres vraies du vieillard de Cos, il n'a pas créé toute la science

qu'il nous a transmise, et l'histoire de la science écrite, mais perdue, et la tradition, ont leur part nécessaire dans cette œuvre si fortement élaborée. Telle est, sous une forme bien affaiblie, l'argumentation, toute de raison et de bon sens, que développe admirablement notre auteur, pour édifier tout d'abord le lecteur sur la thèse imprévue qu'il soutient.

Mais cette argumentation, toute puissante qu'elle soit, ne suffit pas à rassurer l'esprit sévère de M. Houdart sur la fortune de l'idée qu'il se propose de mettre en lumière, et il demande à l'histoire, attentivement interrogée, explorée avec la patience d'un bénédictin, le complément nécessaire à cette démonstration. C'est ici surtout qu'on admire la longanimité d'un homme que rien n'arrête, ni les souffrances de la maladie, ni les recherches dispendieuses pour arriver à son but. Au delà des œuvres d'Hippocrate, on ne trouve rien ou presque rien dans l'histoire de la science, qui traduise avec quelques développements l'état de celle-ci avant l'illustre vieillard de Cos. C'est par suite d'événements divers, que les livres où ces documents ont dû être consignés ont péri. L'histoire, patiemment feuilletée en vue de jeter la lumière sur ce point obscur, ne livre à ceux qui l'interrogent que des noms d'hommes, ou des titres d'ouvrages, parfois même plus ou moins tronqués. C'est avec ces fragments, arrachés à la main avare du temps, que notre sagace confrère s'est efforcé d'établir sur des bases solides la démonstration de la thèse en faveur de laquelle il avait tout d'abord si fortement prévenu notre raison. C'est dans le livre même de M. Houdart qu'il faut suivre cette laborieuse démonstration. Dans notre humble opinion, celle-ci est complète, et nul désormais n'aura le droit de faire dater la médecine du siècle où vécut l'immortel médecin de Cos. Mais outre cette vérité, que notre auteur dégage admirablement des ombres qui pendant si longtemps l'obscurcirent, on trouve à le suivre, dans ses laborieux développements historiques, un plaisir qui, pour être moins scientifique, n'en est pas moins réel, et qui naît d'anectotes plus ou moins authentiques, mais toujours spirituellement racontées. Qu'on nous permette, en finissant, de rapporter succinctement une de ces anecdotes, dont les détails sont empruntés à Athénée et à Elien. Cette histoire a pour héros un médecin de Syracuse, qui vivait sous Philippe, roi de Macédoine, et qui s'appelait Ménécrate. Comme les Allemands le font de Goëthe, il paraît que ce Syracusain s'appelait modestement le Jupiter des médecins. M. Houdart, avec la souplesse d'un érudit d'un autre âge, serait tenté de l'absoudre du péché d'orgueil à cet égard, et de sup-

poser que Ménécrate ne prit ce nom que parce qu'il le faisait dériver de *juvans pater*, père secourable. Cependant, à bien juger les choses, il y a quelques scrupules sur ce point. Quoi qu'il en soit, « ce Syracusain, dit l'auteur, guérissait l'épilepsie, maladie qui résiste presque toujours à nos moyens curatifs. Parmi les personnes qu'il avait traitées avec succès, Athénée cite Astycréon, Nicostrate d'Argos, et Nicogoras, tyran de Zélée. Avant de commencer le traitement, il leur faisait promettre que, s'il les guérissait, ils deviendraient ses serviteurs. Cette condition, toute humiliante qu'elle est, surtout pour un tyran, fut néanmoins acceptée. Il fit habiller l'un en Apollon, l'autre en Hercule, et le troisième en Mercure avec des ailes et un caducée ; un quatrième portait le nom et les attributs d'Esculape. Quant à lui, vêtu de pourpre comme Jupiter, une couronne d'or sur la tête, un sceptre à la main, des crépides aux pieds, il marchait gravement au milieu d'eux, et parcourait ainsi les villes de la Grèce. On sent quelle impression devait produire sur l'esprit du peuple un pareil cortége, dont le chef semblait avoir hérité des dieux le pouvoir de guérir les maladies les plus rebelles ; et quoique son orgueil eût essuyé un terrible échec à la cour de Philippe, il dut acquérir aux yeux de la multitude éblouie plus de vénération que de mépris, mépris dû incontestablement à un réel charlatanisme. » Fontanaroses contemporains, quel que soit votre badigeon, souvenez-vous de Ménécrate, le médecin de Syracuse, le guérisseur des tyrans épileptiques, et rougissez, car vous n'êtes auprès de lui que des Lilliputiens.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Épidémie d'inflammation ulcéreuse de l'ombilic chez des nouveau-nés ; effets remarquables de l'application de la pate au chlorure de zinc sur les surfaces ulcérées. — Bien que l'épidémie dont il s'agit ait été très-limitée, puisqu'elle a été observée seulement à l'hospice de la Charité de Lyon, la possibilité de la reproduction de cette épidémie en d'autres lieux et en d'autres circonstances, mais surtout les effets remarquables que M. le docteur Valette a obtenus de la pâte de chlorure de zinc nous font un devoir de ne pas la laisser passer inaperçue.

C'était, du reste, une étrange épidémie, tenant plutôt de la pourriture d'hôpital que de l'érésipèle proprement dit. Au début, la maladie n'était que l'exagération d'un phénomène assez ordinaire,

l'inflammation légère de l'ombilic, accompagnant la chute du cordon ombilical. Cette inflammation, s'accompagnant d'ulcération à la base du cordon et d'une suppuration plus ou moins abondante, retardait la chute de son appendice, et surtout la cicatrisation de l'ombilic. Mais bientôt l'état s'aggravait : à cette inflammation légère succédaient des symptômes de phlegmasie intense ; on voyait survenir à la région ombilicale une rougeur de plus en plus foncée, disparaissant sous le doigt, et formant un cercle autour de l'ombilic ; et en même temps, une tuméfaction énorme et assez circonscrite. Le bourrelet cutané qui entoure la base du cordon s'ulcérait consécutivement ; ses bords se renversaient en dehors ; l'ulcération gagnait en profondeur et en étendue : sa surface se recouvrait d'une fausse membrane d'un blanc grisâtre, pultacée ; le plus souvent elle sécrétait une sanie purulente, épaisse et fétide.

A mesure que l'ulcère étendait ses ravages, le cercle rouge s'agrandissait, prenait une teinte lie de vin ; la tuméfaction de plus en plus volumineuse était dure, rénitente ; dans un grand nombre de cas, l'aréole rouge était bordée d'un cercle de petites pustules, plus ou moins confluentes, d'un blanc sale, de forme arrondie, non ombiliquées, et contenant une sérosité trouble et purulente ; audessous, le derme présentait une petite ulcération ronde et déprimée à son centre. Quelquefois le cercle rouge érésipélateux était surmonté d'une énorme phlyctène remplie d'une sérosité sanguinolente ; les phlyctènes, en se rompant, laissaient à nu le derme, qui ne tardait pas à être envahi par l'ulcération.

L'état général n'était pas toujours atteint au début, mais bientôt l'appétit diminuait et cessait entièrement. L'enfant refusait de prendre le sein ou le biberon, il poussait des cris continuels ; sa peau devenait aride et sèche, le pouls accéléré ; l'embonpoint faisait place à une maigreur extrême ; la face tirée et ridée exprimait une vive souffrance, le sillon naso-labial se creusait ; la langue, sèche et rouge à la pointe, se couvrait dans quelques cas d'un enduit muqueux ; quelquefois il y avait coïncidence de muguet, le ventre se ballonnait ; il y avait de la diarrhée, plus souvent une constipation opiniâtre. Ces symptômes marchaient avec une rapidité effrayante ; dans les cas les plus graves, le petit malade était emporté en trente-six ou quarante-huit heures ; quelquefois la marche de la maladie était plus lente, mais la terminaison était souvent mortelle.

Dans d'autres cas, la maladie avait une marche toute différente : soit que le cordon fût encore frais et mou, soit qu'il fût desséché ou même tout à fait tombé, c'était par l'ulcération qu'elle débutait.

Cette ulcération, bornée d'abord à la base du cordon, envahissait, du centre à la circonférence, la peau du bourrelet ombilical; elle occupait tout le fond de la cavité infundibuliforme comprise entre le double anneau cutané signalé par M. Denis; puis elle se propageait irrégulièrement en différents sens; tantôt, détruisant les adhérences de la peau avec les enveloppes du cordon, elle se prolongeait le long des vaisseaux ombilicaux à une assez grande hauteur, transformant toute leur surface extérieure en un vaste foyer de suppuration, recouvert, comme d'un étui, par la membrane d'enveloppe desséchée; tantôt, au contraire, franchissant l'anneau cutané extérieur, elle envahissait la paroi abdominale dans une grande étendue. Sa forme était toujours anfractueuse et irrégulière, ses bords quelquefois largement décollés; le plus souvent aussi, sa surface était blafarde, d'un gris violacé, exhalant une odeur de gangrène, ou bien recouverte d'une fausse membrane épaisse et molle, très-adhérente, analogue à la pourriture d'hôpital; dans ces cas, le cercle rouge était moins circonscrit, sa couleur était livide, la tuméfaction moins prononcée, l'éruption pustuleuse manquait souvent.

Les symptômes généraux se montraient aussi plus tôt, quelquefois même ils précédaient l'apparition de l'ulcère; le petit malade était dans une grande agitation, mais bientôt il tombait dans un état de collapsus qui ne tardait pas à se terminer par la mort.

A cette affection, M. Valette essaya d'abord d'opposer le même traitement employé dans les épidémies d'érésipèle traumatique, onctions avec l'onguent mercuriel, fomentations astringentes avec le tanin, le sulfate et le perchlorure de fer, les pommades au nitrate d'argent, etc.; ce fut en vain. Les pansements avec la poudre de quinquina et de charbon, avec le suc de citron, l'application d'un large vésicatoire sur l'ombilic, ne réussirent pas mieux. Le fer rouge tantôt paraissait accélérer la marche de l'inflammation, tantôt modifier momentanément l'ulcération; mais bientôt, à la chute de l'escarre, elle reprenait son aspect grisâtre, sa marche envahissante, et les accidents généraux ne tardaient pas à emporter le petit malade.

Ce fut alors que M. Valette eut l'idée d'appliquer au traitement de cette maladie les cautérisations avec la pâte de chlorure de zinc étendue sur de la toile, comme on la prépare dans les hôpitaux de Lyon. On coupait une bandelette de largeur nécessaire pour recouvrir toute la surface ulcérée; on l'y appliquait en la maintenant avec du coton et un petit bandage; le cordon étant sec, mais encore adhérent, on le coupait avec des ciseaux et on mettait la pâte caustique sur l'ombilic lui-même. Une seule application suffisait

dans le plus grand nombre des cas ; rarement on était obligé d'y revenir une seconde fois. La pâte caustique, étendue sur l'ulcère, concentrait pour ainsi dire l'inflammation et avait pour premier résultat de la fixer au point cautérisé ; en second lieu, elle modifiait la violence de cette inflammation, lui enlevait ses caractères spécifiques, si on peut parler ainsi, et la réduisait à une inflammation simple et franche ; à un ulcère envahissant, elle substituait une plaie de bonne nature avec tendance à la cicatrisation.

Toutes les fois que la maladie a été prise au début, dit un témoin oculaire, M. le docteur Meynet, auquel nous empruntons ces détails, et que la cautérisation a pu atteindre toutes les surfaces malades, le caustique n'a pas fait défaut ; toutes les fois, au contraire, que cette méthode a été négligée, la maladie a suivi son cours ordinaire, en emportant le petit malade. Les premiers essais furent faits sans grand espoir de réussite ; plus tard, tous les malades furent soumis à ce mode de traitement. Ses bienfaits étaient assez appréciés pour que la sœur, chargée en chef du service, ait cru devoir prendre sur elle, en l'absence du chirurgien ou de l'interne, d'appliquer elle-même la pâte caustique, quand elle voyait apparaître la première trace d'ulcération.

Après la chute de l'escarre, on pansait deux fois par jour la plaie avec du coton imbibé de perchlorure de fer, étendu de la moitié de son poids d'eau. Ce pansement était continué jusqu'à la guérison, qui ne tardait pas à se faire. En même temps, on employait des fomentations sur le ventre avec l'huile de jusquiame tiède ; on combattait la constipation au moyen de quelques cuillerées de sirop de chicorée composé, ou de légers lavements laxatifs ; s'il y avait de la diarrhée, on administrait des quarts de lavements amidonnés et laudanisés. C'est par l'ensemble de ces moyens qu'on a presque toujours réussi à guérir la maladie.

Nous empruntons à la dissertation inaugurale de M. Meynet quelques-unes des observations qui témoignent le mieux en faveur de ce mode de traitement ; l'une d'elles est remarquable par l'insuccès du fer rouge et les bons effets de la pâte au chlorure de zinc.

Obs. I. *Erésipèle et ulcération consécutive autour du cordon ; invasion le troisième jour après la naissance ; cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc ; guérison.* Marie B., née à terme, le 4 décembre 1856, d'une mère primipare, âgée de 28 ans ; grossesse et suites de couches normales.

Le 7. Apparition autour du bourrelet ombilical d'un cercle rouge foncé, lie de vin, disparaissant à la pression ; tuméfaction considérable, rénitente et élastique ; excoriation superficielle à la base du cordon, qui est noir et commence à se détacher ; quelques petites fistules d'un blanc sale, acuminées, con-

tenant une sanie purulente, épaisse, et formant un second cercle autour de l'ombilic; l'état général est bon, l'appétit n'est pas troublé. — Lotions avec l'eau blanche laudanisée.

Le 8. La rougeur et la tuméfaction ont augmenté; le cordon est tombé, mais à sa place, vaste ulcération anfractueuse, irrégulière, à bords élevés et comme taillés à pic; la surface est d'un blanc grisâtre, recouverte d'une fausse membrane épaisse et molle, peu adhérente; le ventre est tendu, météorisé. L'enfant pousse des cris continuels; son visage se ride, la peau est sèche et rugueuse; le pouls petit, 125 pulsations. — Cautérisation de l'ulcère avec la pâte de chlorure de zinc; coton et bande; lavements avec la décoction de guimauve.

Le 9. Le caustique a été laissé trois heures en place; on trouve une petite escarre sèche et noire assez épaisse; la tumeur est moins dure, les pustules se rident et s'affaissent, le bourrelet ombilical est toujours très-saillant, la rougeur vive autour de l'escarre; l'état général est meilleur, le pouls est plus fort; moins d'agitation. L'enfant a dormi. — Pansement avec du coton sec.

Le 10. L'escarre tend à se limiter, la rougeur et la tuméfaction ont diminué. — Pansement, coton imbibé d'une solution de perchlorure de fer étendue d'eau.

Le 11. L'escarre se soulève; on la détache; au-dessous est une surface rosée, couverte de bourgeons charnus de bonne nature; la rougeur et la tuméfaction ont disparu; l'état est excellent.

Le 15. L'enfant est emportée en nourrice, parfaitement guérie.

Obs. II. *Invasion le quatrième jour*; *érésipèle de l'ombilic*; *ulcération consécutive*; *cautérisation au fer rouge, inutile*; *seconde cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc. Guérison le quinzième jour.*—Marie E..., née le 23 avril à la Maternité.

Le 27. Tuméfaction considérable à la base du cordon, rougeur érésipélateuse très-étendue autour de l'ombilic; pas de symptômes généraux; appétit bon; le cordon est coupé avec un fer rouge, et cautérisé à sa base. — Pansement : eau blanche et laudanum.

Le 28. Escarre sèche, noirâtre; rougeur moins étendue, tuméfaction diminuée; état général bon.

Le 29. Apparition de petites phlyctènes sur l'abdomen, autour du cercle rouge; celui-ci s'étend, la rougeur est plus foncée; la tuméfaction, dure et rénitente; le ventre est un peu tendu et ballonné. L'enfant a toujours de l'appétit, il dort bien; la peau est moite.

Le 1er mai. L'escarre est tombée hier; à sa place, on trouve une ulcération assez étendue, grisâtre et livide; le cercle rouge est très-foncé, lie de vin. L'enfant refuse de manger; il a de la diarrhée, le ventre est météorisé; peau sèche, pouls accéléré. On place sur l'ulcère une petite bandelette de pâte de chlorure de zinc, maintenue avec du coton et un petit bandage. — Lavement amidonné.

Le 2. Le canquoin a été laissé trois heures en place, il a produit une escarre sèche et noire, assez épaisse; la rougeur et la tuméfaction ont diminué. L'enfant avale quelques cuillerées de lait sucré et tiède, coupé avec l'infusion de violettes.

Le 3. Mieux; état général bon; appétit; pas de diarrhée; la tuméfaction diminue de plus en plus; la rougeur est restreinte à un centimètre de l'escarre.

Le 4. L'escarre commence à se détacher circulairement; l'état général est très-bon.

Le 5. L'escarre est complétement détachée ; elle laisse au-dessous une plaie peu étendue, d'un aspect rosé.

Le 12. L'enfant, complètement guérie, est emportée en nourrice à la campagne.

Obs. III. *Forme ulcéreuse; invasion le quatrième jour; cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc; guérison.* — Marie X..., née le 6 décembre à la Maternité. Sa mère est primipare, bien portante. Le travail a duré treize heures. Les suites de la couche ont été signalées par une bronchite légère.

A sa naissance, l'enfant est petite, grêle, pèse 2 kilogrammes ; le 10 décembre apportée à la visite. Teinte ictérique de la peau assez prononcée. Le cordon ombilical est tombé. On trouve une vaste ulcération occupant le fond de la cupule ombilicale et les débris des vaisseaux ; cette ulcération s'étend à toute la peau du bourrelet ombilical qu'elle déborde en dehors ; sa surface est d'un blanc grisâtre, couverte d'une sanie épaisse. Tuméfaction et rougeur très-limitée à sa circonférence.

La surface de l'ulcère est recouverte d'une petite bandelette de pâte de Canquoin. — Coton et bandage.

Le 12. Escarre sèche, noire, de plusieurs lignes d'épaisseur ; légère rougeur tout autour. La tuméfaction a disparu.

Le 14. L'escarre s'est détachée, laissant une petite surface rouge, grenue, en voie de cicatrisation.

Le 16. Ombilic complétement cicatrisé. L'état général est excellent, il n'a jamais été troublé d'une manière notable.

Ictère typhoïde ; émissions sanguines, décoction de quinquina, acides ; guérison. — Sous le nom d'ictère spasmodique, d'ictère malin ou typhoïde, on a décrit, dans ces derniers temps, une forme particulière d'ictère qui réclame toute l'attention du médecin à la fois par la nature des symptômes qui l'accompagnent, prostration des forces, phénomènes nerveux graves et stupeur profonde, et par la terminaison malheureusement trop souvent mortelle à laquelle il aboutit. La rareté même des faits de guérison nous engage à faire connaître le suivant, quoiqu'il soit bien difficile de dire si c'est plutôt au traitement employé qu'à la bonne constitution du malade et aux efforts de la nature qu'il faut faire honneur de la guérison.

Un garçon de labour, âgé de vingt-cinq ans, à la suite d'un refroidissement ressentit de la fièvre, de la lassitude, de la céphalalgie, des vertiges, des douleurs vives et des crampes dans les jambes, de l'anémie, des nausées sans vomissements, pas de diarrhée. Les jours suivants, délire, douleur nulle à la région hépatique. Le début de la jaunisse ne put être fixé.

Le 20 août 1856, à son entrée à la clinique médicale de Strasbourg, dans les salles de M. le professeur Weiger, le malade présente un ictère intense un état typhoïde, de la sensibilité à la région du foie ; cet organe dépasse de deux travers de doigt le rebord costal (25 sangsues).

Le 29, mêmes phénomènes, de plus hémorrhagie nasale qui exige le tamponnement; les piqûres des sangsues appliquées la veille saignent encore; elles sont cicatrisées avec le nitrate d'argent. Pouls petit, langue sèche, crampes douloureuses dans les mollets, pas de délire. (Eau d'Ems, décoction de quinquina acidulée.)

Le 30, même état de stupeur, pas de délire, il y a eu du sommeil, chaleur naturelle, hyperesthénie toujours sensible, pas de selles depuis deux jours. (Deux lavements émollients, décoction de quinquina, eau vineuse.)

Le 1er septembre, ictère plus foncé; le malade est très-assoupi, mais la fièvre diminue; une selle décolorée grise, non liquide. Le foie ne dépasse plus les fausses côtes qu'à l'épigastre. Crampes douloureuses. (Limonade sulfurique.)

Le 2, l'ictère diminue; moins de stupeur; douleur de la région du foie accusée par le malade, amaigrissement considérable, toux presque éteinte. Roideur particulière des muscles des extrémités; on éprouve une certaine résistance à fléchir les articulations. Crampes revenant de temps en temps. Pouls à 84, mou. (Eau fraîche, bouillon.)

Le 3, même état; pas de selles depuis deux jours. (Cataplasmes *loco dolenti*, limonade, lavement apéritif.) Le 4, amélioration, deux selles grises. Le 5, la douleur à l'hypocondre et les crampes ont cessé; pas de garde-robe. Le 6, facies naturel; selles colorées. (Manne, 60 grammes.)

Le 7, l'ictère a encore diminué; tous les symptômes cérébraux ont disparu; amertume de la bouche; sept selles décolorées. (Limonade gazeuse, deux soupes.)

Les jours suivants, décroissement assez rapide de la teinte jaune, desquamation furfuracée de la peau. Le 6 octobre, la guérison est complète; le foie s'étend depuis 1 centimètre au-dessus du mamelon jusqu'à 1 centimètre du rebord des fausses côtes à l'hypocondre, et dépasse de deux travers de doigt l'appendice xyphoïde.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Angine *tonsillaire, avec menace d'asphyxie* (*Trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas d'*). Ils sont bien rares sans doute les cas dans lesquels un médecin peut être obligé de recourir à la trachéotomie dans un cas d'angine; il peut cependant arriver que l'inflammation envahissant les deux amygdales et s'étendant aux parties voisines produise des accidents tels que ce soit la seule ressource, les autres moyens ayant complétement échoué. C'est ainsi que les choses se sont passées dans le cas ci-après.

Un maçon, âgé de trente-trois ans, très-sujet aux fluxions des amygdales et ayant même subi, deux ans auparavant, une excision de ces glandes, fut pris, dans la nuit du 22 au 23 septembre, d'une vive douleur à la gorge, avec gêne de la déglutition et envies de cracher très-répétées, qui chassaient à la longue des matières visqueuses et filantes; douleur au niveau de l'angle des mâchoires; augmentation assez considérable du volume des amygdales. M. Puech prescrivit trente sangsues aux angles de la mâchoire, des bains de pied sinapisés, un collutoire avec le miel rosat. Le 24 septembre, la gêne avait peut-être augmenté : toux rauque, articulation des sons difficile (vingt sangsues, bains de pied sinapisés, collutoire avec 0,50 d'alun). Le 25, amélioration insensible; néanmoins réaction presque nulle. Pour perturber l'économie et modifier en même temps l'état fluxionnaire des amygdales, on prescrivit une potion avec 0,30 de tartre stibié, qui provoqua de nombreux vomissements et procura du calme pendant toute la journée du 26. Mais le 27, l'amélioration s'est déjà suspendue : les phénomènes signalés plus haut reprennent toute leur intensité, la dyspnée s'accroît, ganglions sous-maxillaires d'une sensibilité excessive, avec douleur dans les oreilles; le voile du palais est rouge et la luette œdématiée comble le vide que laissait entre elles les tonsilles engorgées (scarifications sur l'amygdale gauche qui donnent au malade une bonne journée et un peu de repos). Le 28, matinée assez bonne, mais dans la soirée la dypsnée recommence, et, vers dix heures du soir, le malade est dans un état d'angoisse extrême, assis sur son séant, les yeux hagards et saillants, la face congestionnée et livide, les veines du cou et de la tête distendues, les carotides battant violemment, la respiration ne se faisant plus que par le nez et encore difficilement; à de rares intervalles seulement et à la suite de grands efforts expirateurs, un peu d'air s'échappant par la bouche expectorant avec peine les mucosités accumulées. « L'air me manque, disait-il, je vais mourir. »

En présence de pareils accidents, M. Puech ne balança pas, et, sans autres préparatifs que deux épingles recourbées en crochets anatomiques, une incision de 2 centimètres fut faite au milieu du cou, au-dessous du cartilage cricoïde; une veine donna du sang, elle ne fut point liée; mais, après s'être aperçu qu'il n'existait aucune branche artérielle au devant de la trachée, il plongea le bistouri droit et il ouvrit de dedans en dehors les trois premiers anneaux de la trachée. Un sifflement annonça la réussite, et une goutte de sang ayant pénétré fut chassée avec force sous forme de bulle. L'hémorrhagie s'arrêta peu après d'elle même, et les deux crochets anatomiques fixés en arrière du cou maintinrent écartées les lèvres de la plaie.

Dès ce moment, le malade se sentit vivre et respira librement par cette voie nouvelle. Un bien-être indicible se manifesta sur sa physionomie, les traits s'épanouirent, les veines du cou se dégonflèrent, le pouls se régularisa et à l'oppression succéda un sommeil réparateur. Le 29, vers le matin, un effort pour cracher amena l'expulsion d'un pus blanc, rosé en quelques points. Dès lors, le passage de l'air devenant aisé, l'insertion trachéale était inutile, les crochets furent enlevés et la plaie fermée à réunion. Pas d'accident depuis cette époque. Le 1er octobre, malgré le resserrement des mâchoires, on constata la liberté de l'isthme du gosier; le 2, la plaie profonde est complétement cicatrisée, la plaie superficielle en voie de réunion, et le 3 octobre il peut sortir et aller se promener. Le 9 octobre il quittait l'hôpital. L'amygdalite droite s'était résolue, mais la gauche s'était ouverte et avait laissé un petit appendice pédiculé gros comme un noyau de cerise, qui fut saisi avec une pince à anneaux et ramené après quelques torsions. (*Gaz. hebd. de méd.*, août.)

Blennorrhagie. *Préceptes de la médication abortive.* M. Diday recommande fortement la médication abortive dans la blennorrhagie, pourvu qu'on agisse dès le début de la maladie, alors que le mal n'a pas encore gagné en profondeur. « Cautériser, dit-il, les 6 centimètres antérieurs du canal est suffisant. Si vous jugiez à propos de brûler plus avant, ce serait, n'est-il pas vrai? de crainte que l'inflammation n'y fût déjà parvenue. Mais alors, développée en étendue, elle le serait nécessairement aussi en intensité, et il n'y aurait plus dès lors assez de chances de réussite pour être autorisé à opérer. » D'après ces vues, l'ancien chirurgien de l'Antiquaille formule les préceptes suivants, hors de l'observation desquels on ne

pourrait être fondé à accuser la méthode d'impuissance.

1° Avertir, quand et autant que faire se peut, de la possibilité d'une cure expéditive, si l'on vient consulter à temps; indiquer en conséquence les signes auxquels on pourra reconnaître le début d'une blennorrhagie. 2° Le malade étant en présence, opérer sur l'heure et soi-même. 3° Faire deux injections, la première pour nettoyer le canal, la seconde pour agir curativement; une seule séance est suffisante. 4° Dose nécessaire : eau distillée, 18 grammes; nitrate d'argent cristallisé, 5 décigrammes. 5° Inutile de mettre dans la seringue plus de 6 ou 8 grammes de cette solution, puisqu'il n'est nécessaire d'agir que sur la partie antérieure du canal. 6° L'injection caustique doit être gardée trois minutes. C'est un contre-sens de refouler, comme le font quelques praticiens, le liquide d'avant en arrière. L'avant-canal, à cette époque de la maladie, étant le seul malade, c'est lui seul qui doit être touché; mais il faut qu'il le soit tout entier, dans la cavité de ses follicules, comme au fond de ses replis. Pour remplir ce but essentiel, le liquide devra donc, au contraire, être ramené en avant et tenu fortement chassé dans ce sens par une pression méthodique, tandis que deux doigts de l'autre main, pressant latéralement le méat, le maintiendront fermé. 7° Mais le méat fermé de cette façon ne s'est trouvé qu'en passant en contact avec la solution caustique, et cependant c'est le point qui est le plus fortement malade, puisqu'il l'est le plus anciennement. Le dernier temps de l'opération aura donc pour but de lui procurer un contact suffisant avec le liquide injecté. Pour cela, au lieu de boucher le méat au moyen de la pression latérale à l'aide de deux doigts, on appliquera la pulpe d'un seul sur l'ouverture, comme sur le goulot d'une fiole. Le liquide peut alors descendre librement jusqu'à l'orifice et baigner cette partie extrême de l'urètre. On l'y maintient une minute et on le laisse sortir. L'opération est alors terminée. (*Gaz. méd. de Lyon*, juin.)

Eclampsie albuminurique (*Bons effets du calomel à doses réfractées dans deux cas d'*). C'est avec raison que le dit l'auteur de ces deux observations, M. le docteur Bonnard, l'emploi des purgatifs, et en particulier celui du calomel à doses réfractées, est des plus recommandables dans l'encéphalopathie que vient compliquer la maladie de Bright. Nos lecteurs en jugeront.

Obs. I. Agriculteur, âgé de seize ans, malade depuis le milieu d'avril, pris, après un travail en plein air, par un temps pluvieux, d'accidents fébriles, avec vomissements et douleurs fortes dans la région rénale. Le 26 avril, face bouffie, extrémités inférieures infiltrées, urines rares, claires, légèrement colorées en brun, fortement albumineuses (quinze ventouses scarifiées dans la région des reins, neuf paquets āā 0,10 calomel et 0,50 magnésie, trois par jour). Le 29, amélioration sensible, fièvre presque nulle, plus de douleur do reins. Dès le 2 mai, troubles de la vision et céphalalgie violente, urines colorées en noir. Dans la nuit, vomissements alimentaires d'abord, puis verdâtres et bilieux, se répétant à d'assez courts intervalles. Le lendemain, mêmes accidents, plus des accès épileptiformes, se succédant une quinzaine de fois dans les vingt-quatre heures, séparés par des moments d'assoupissement; diminution dans la quantité des urines, constipation; pouls fort, dur, très-fréquent, langue sèche et brunâtre. Un lavement avec 3 gouttes d'huile de croton amène une selle involontaire très-abondante. Dès lors, soulagement marqué, vomissements moins fréquents, convulsions suspendues définitivement; mais le coma persiste. Administration du calomel à doses refractées (quinze paquets de 0,05, un d'heure en heure, puis cinq paquets de 0,10, de trois en trois heures; plusieurs selles verdâtres; l'assoupissement se dissipe peu à peu, légère salivation, le sommeil redevient naturel, vision parfaite, urines plus abondantes de couleur ordinaire, appétit. La révulsion sur le tube intestinal est continuée quelques jours encore, au moyen de purgatifs; l'anasarque diminue rapidement sous leur influence, l'appétit se raffermit. Sortie le 15 mai. Guérison constatée trois semaines après.

Obs. II. Valet de chambre, quarante-cinq ans; chute sur les fesses en septembre 1855, qui amena un gonflement considérable du membre abdominal correspondant. En septembre 1856, sans cause nouvelle, la même région devint le siége d'une nouvelle tuméfaction, puis d'un vaste abcès qui fut ouvert et resta fluent pendant six semaines. L'appétit dimi-

nua en même temps, puis survint de l'œdème des pieds et des bourses, de la bouffissure de la face. Le 16 novembre au soir, le malade faisait usage depuis quelque temps d'une tisane sudorifique et diurétique; il avait remarqué en se couchant la disparition presque complète de l'infiltration des jambes, tandis que celle de la partie supérieure du tronc et de la tête avait plutôt augmenté. Tout à coup, sans malaises, sans mal de tête précurseur, convulsions cloniques des membres; pendant la nuit, ces accès épileptiformes se succèdent à d'assez courts intervalles; dents serrées et langue coupée; assoupissement et résolution générale à la fin de l'accès; puis, sans revenir à la conscience complète, le malade exécute de nouveau quelques mouvements volontaires. Le 20, respiration bruyante et pénible, face et cou très-tuméfiés, lèvres et langue gonflées, yeux fermés, très-brillants quand il les ouvre, pupilles contractées, agitation, mouvements désordonnés, pouls lent et dur, très-peu d'infiltration, urine très-peu colorée, très-fortement albumineuse (saignée; toutes les heures un paquet avec 0,15 poudre de jalap et 0,05 calomel; sinapismes). La saignée ne peut pas être pratiquée. Néanmoins, après deux paquets de poudre, les accès, moins fréquents dans l'après-midi, se suspendent définitivement. Calme, pouls très-bon, mais plus faible et plus dépressible, respiration stertoreuse, œdème du cou et de la face moindre (vésicatoire sur la poitrine; il ne veut pas prendre de potion purgative). Le 21, coma continu; le 22 il se réveille à plusieurs reprises et parle, mais sans suite et sans raison; le 23, retour de la conscience, demande d'aliments. Le mieux se soutient le 24; la diurèse se maintient abondante, comme les jours précédents; enfin, le 25, le malade est debout, n'ayant presque plus d'enflure, sans douleur de tête, le pouls faible, à 90, ayant de l'appétit et ne conservant que la paresse de l'intelligence; urines toujours albumineuses. Depuis ce moment, le malade a été de mieux en mieux, ayant de temps en temps un peu d'œdème, mais les urines contiennent très-peu d'albumine. (*L'Echo médical*, juillet.)

Grenouillette (*Nouveau procédé pour opérer la*). Ce procédé, qui a été inventé et appliqué avec succès par M. Barrier, appartient à la méthode opératoire caractérisée par l'établissement d'une fistule permanente, par la création d'une espèce de méat artificiel propre à donner libre issue au liquide, quel qu'il soit, sécrété par la membrane du kyste. Il se recommande, dit M. le docteur Delore, qui le fait connaître, par la facilité de son exécution, le peu de douleur qu'il cause, et l'heureux et prompt succès qu'il a obtenu dans le seul cas où il a été mis en usage. Il a été exposé de la manière suivante dans une des cliniques de M. le professeur Barrier.

Premier temps. On place à chaque extrémité du diamètre transversal de la tumeur une pince à griffes; celle du côté droit est confiée à un aide. — *Deuxième temps.* L'opérateur, saisissant lui-même celle de gauche, taille avec ses ciseaux un lambeau triangulaire, à sommet tronqué, comprenant toute l'épaisseur de la paroi. La base du lambeau est à droite du diamètre antéro-postérieur, le sommet à gauche. — *Troisième temps.* Le chirurgien prend alors la pince du côté droit, et pratique une petite incision d'avant en arrière, près de la base du lambeau, et pénétrant également dans la cavité du kyste. — *Quatrième temps.* La pointe du lambeau est alors renversée en dedans, de gauche à droite; on la fait ressortir par la petite incision, à la lèvre interne de laquelle on l'unit par un point de suture.

On conçoit immédiatement, dit encore M. Delore, les avantages de ce procédé, plus facile à exécuter qu'à décrire : la muqueuse, renversée en dedans, n'a aucune tendance à adhérer au fond du kyste, qu'elle regarde, ni sur ses bords; le liquide sécrété pourra passer sous un pont permanent, et sortir soit par la grande ouverture correspondant au lambeau, soit par la petite incision. — Voici maintenant l'analyse du fait dans lequel a été appliqué, pour la première fois, cet ingénieux procédé.

Marie Lapierre, âgée de trente-trois ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 11 avril dernier, pour une tumeur enkystée siégeant sous la langue, dont le début remontait à sept mois, et qui avait été traitée déjà, mais inutilement, par l'injection iodée et par une cautérisation légère. Cette tumeur était tellement distendue, qu'elle se rompit spontanément. Les jours suivants, elle se reproduisit, grossit lentement, et, le 23 avril, elle atteignait le volume d'une noix. Comprimée sur la ligne médiane par le

frein de la langue, elle était bilobée; elles présentait une fluctuation évidente; d'ailleurs elle était tout à fait indolente et ne causait que peu de gêne. Le 24, l'opération est faite d'après les règles précédentes, en trois minutes, et sans causer presque de douleur. Le 27, on enlève le fil, la réunion est faite, le lambeau a conservé la position qui lui a été donnée. Le 2 mai, les deux ouvertures sont demeurées béantes, un stylet peut passer de l'une à l'autre; toutes les fonctions de la langue s'exécutent bien et sans souffrance. Le 12 juin, la malade a été revue, et semble complétement guérie. (*Gazette hebd. de méd.*, août.)

Grossesse (*De l'emploi du chlorate de potasse dans la*). Bien que cette administration du chlorate de potasse rentre dans des données tout à fait empiriques et qu'il soit impossible de donner une forme tout à fait affirmative à la propriété attribuée à ce sel, puisqu'il s'agit de prophylaxie, nous croyons devoir en parler, attendu que les médecins se trouvent souvent placés dans des circonstances telles que l'administration en sera facile et pourra peut-être juger la question à la longue. Les hommes versés dans la pratique des accouchements savent par expérience qu'un certain nombre d'enfants, parvenus sans entrave à une époque rapprochée de la grossesse, succombent avant la naissance ou naissent dans un tel état qu'ils ne tardent pas de succomber; et, chose singulière, le même phénomène se reproduit souvent dans plusieurs grossesses successives, sans qu'on puisse en faire remonter la cause soit à des violences extérieures, soit à des accidents syphilitiques des parents, etc. Eh bien! c'est dans ces dernières circonstances, assez mal définies, comme il est facile de le voir, que M. Grimdsale, à l'exemple de M. Simpson, propose l'emploi du chlorate de potasse, et avec des résultats qui semblent assez favorables. Ainsi, dans le premier cas, chez une femme de vingt-quatre ans, 4 grossesses antérieures, 4 enfants mort-nés; la grossesse était parvenue au cinquième mois; 0,75 de chlorate en trois fois, et, après quinze jours, 1,50 en trois fois aussi. Enfant bien portant né à terme. Deuxième cas, femme de vingt et un ans, 4 grossesses terminées toutes par la mort du fœtus quelque temps avant le travail qui n'était ni long ni difficile. Chlorate de potasse à la dose de 1 gramme par jour, à partir du quatrième mois. Enfant né à terme. Troisième cas, femme de trente-trois ans, un enfant né putréfié; deuxième grossesse, administration du chlorate, à partir de trois mois et demi, à la dose de 0,75 par jour; il fallut discontinuer à cause d'une céphalalgie intense, à trois reprises différentes, et y renoncer entièrement. Enfant mort-né. La troisième grossesse ne compte pas, quoiqu'elle ait pris du chlorate à partir du quatrième mois : accouchement au septième mois, à la suite d'une chute de voiture. Enfin, dans la quatrième grossesse, l'administration du chlorate à partir du troisième mois, d'abord à 35, puis à 75 centigram. en trois fois, amène la grossesse à terme : enfant vivant. Quatrième cas, 7 grossesses, sept accouchements avant terme et d'enfants morts; elle accouche à la fin du huitième mois d'un premier enfant vivant, qui ne vit que quelques heures. Cinquième cas : femme de trente-six ans, accouchée, l'année précédente, d'un enfant mort à six mois; deuxième grossesse, 0,75 de chlorate à partir du quatrième mois; enfant plein de vie né à terme. (*Liverpool med. chir. Journ.*, juillet).

Infection purulente (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi de l'alcoolature d'aconit et de la solution de sulfate de quinine dans l'*). Nous rappelons l'attention sur les précieux effets qu'on peut attendre de l'alcoolature d'aconit dans l'infection purulente, non pas qu'il n'y ait quelques doutes dans notre esprit sur le véritable caractère des accidents qui ont toujours été combattus de cette manière, mais parce que la gravité de ces mêmes accidents semble mettre les malades dans une position au-dessus des ressorts ordinaires de l'art, et que par cela même l'aconit paraît leur avoir rendu un service signalé. Les deux faits de M. Turchetti sont aussi de ces faits un peu douteux, dans lesquels on n'oserait affirmer qu'il y ait eu une véritable infection purulente, et l'addition faite par ce médecin du sulfate de quinine en solution complique encore le problème; mais tels qu'ils sont, ils témoignent de la puissance des deux médicaments réunis, au moins comme moyen de relever les forces et de suspendre les accidents les plus menaçants.

Obs. 1. Anthrax des plus étendus et des plus profonds de la région interscapulaire, avec suppuration des plus

abondantes et mortification de toute la masse musculaire de la nuque et du dos. Lorsque M. Turchetti vit la malade, le travail gangréneux n'était pas arrêté, et de plus il était survenu des symptômes d'infection purulente : il conseilla des lotions fréquentes avec l'eau de Confani, des cautérisations avec le nitrate d'argent, une tisane de quinquina et de valériane, un régime alimentaire fortifiant, des toniques, et de plus 4 grammes d'alcoolature d'aconit dans 125 grammes d'eau acidulée par l'acide sulfurique, et 2 grammes de sulfate de quinine à prendre par portion dans les vingt-quatre heures. Rétablissement graduel après diverses vicissitudes.

Obs. II. Jeune femme récemment accouchée ; la sortie du placenta ne s'était pas faite régulièrement, et une partie paraissait être restée dans l'utérus. Bientôt fièvre, avec tous les symptômes qu'on est habitué à rapporter à l'infection purulente. Même traitement. En moins de quarante-huit heures, la sécrétion lactée avait reparu, les lochies avaient perdu leur fétidité et leur apparence putride, les douleurs et le gonflement des membres avaient cessé, les battements du cœur avaient perdu leur fréquence et leur vivacité ; bref, en peu de jours, la malade était rétablie. (*Gaz. med. sarda.*)

Manganèse (*Effets thérapeutiques de la pommade de*). Hoppe a expérimenté cette nouvelle préparation pharmaceutique dans des affections variées ; c'est pour lui un résolutif préférable à la pommade iodée dans les cas où domine un certain degré de racornissement des produits fibreux, comme dans les anciens engorgements glandulaires, et dans les cas de roideur qui persistent après la guérison des affections articulaires. Plus l'affection qu'on combat est atonique, plus on pourra user largement et hardiment des frictions au manganèse, et plus on aura de chances d'en obtenir un bon résultat.

Ces frictions amènent parfois une éruption pustuleuse ; cette éruption est plutôt nuisible qu'utile, sauf dans les cas d'engorgements ganglionnaires et glandulaires.

La dose ordinaire est de 4 grammes de sulfate d'oxydule de manganèse pulvérisé pour 30 grammes de graisse. Lorsqu'on veut obtenir des pustules, on porte la dose du sel à 6 grammes. Pour éviter que la pommade ne soit sablonneuse, on fait préalablement dissoudre le sel dans de l'eau, avant de l'incorporer dans la graisse ; mais la pommade de belladone, au contraire, s'associe fort bien au sel de manganèse.

Comme pour la pommade stibiée, on a vu quelquefois une éruption pustuleuse survenir sur tout le corps, alors même que les frictions n'avaient été faites que sur une seule partie du corps.

Parmi les affections variées que Hoppe a traitées par la pommade de manganèse, nous ne citerons que celles où le résultat de la médication a été favorable. Ce sont les gonflements scrofuleux des épiphyses des os longs, des engorgements des glandes mammaires, des glandes salivaires. Dans des cas d'engorgements des glandes cervicales, l'amélioration n'est survenue qu'après l'apparition des pustules. Deux cas de goître chez des sujets scrofuleux furent heureusement modifiés par la pommade de manganèse.

Ce nouveau topique doit être préféré à la pommade iodée chez les femmes enceintes et chez les enfants à la mamelle, chez les individus qui supportent mal les préparations iodées.

Enfin Hoppe a vu, sous l'influence de la pommade de manganèse en frictions sur le ventre qui y ont produit une éruption pustuleuse abondante, diminuer considérablement une hypertrophie du foie avec commencement d'ascite ; dans d'autres cas ce furent des rhumatismes articulaires chroniques, des roideurs articulaires de nature goutteuse, qui cédèrent à son emploi, ce qui lui fait considérer ce médicament comme un véritable trésor. On observe dans ces cas que l'articulation devient beaucoup plus libre ; cette puissance résolutive se manifeste aussi dans les arthrites de cause rhumatismale ou goutteuse, après les lésions traumatiques, les inflammations franches, etc... (*Wurt. Corr. blatt.* et *Med. chirurg. Monatsh*, mai, 1857.)

Phthisie pulmonaire (*Emploi de l'extrait éthéro-résineux de seigle ergoté dans la*). On sait que le seigle ergoté contient deux principes très-différents : l'un soluble dans l'eau, ou ergotine, et l'autre soluble dans l'éther (huile grasse qui y entre dans la proportion de 35 pour 100). L'expérience et l'observation semblent avoir donné raison à M. Bonjean, de Chambéry, qui a soutenu, contre l'avis de M. Parola, que l'ergotine est le seul principe

hémostatique. S'ensuit-il cependant que l'huile fixe contenue dans le seigle ergoté, qui est la partie vraiment vénéneuse de cette substance, soit sans action utile et doive être rayée de la thérapeutique ? Telle n'est pas notre opinion et, après avoir lu le travail de M. Parola, bien que les observations qu'il a rapportées laissent sans doute beaucoup à désirer, il ne nous en est pas moins resté la conviction que ce point de thérapeutique appelle encore de nouvelles recherches. La chose est d'autant plus digne d'attention que M. Parola recommande surtout ce médicament dans les maladies contre lesquelles nous avons très-peu de prise efficace, dans les affections tuberculeuses.

M. le docteur Rossi vient de rapporter, dans un journal italien, quelques observations de ce genre, qui sont également dignes d'intérêt. Ainsi, dans une première observation, chez une fille lymphatique de treize ans, d'abord affectée de bronchite, et, plus tard, de tous les phénomènes d'une phthisie commençante, fièvre périodique chaque soir, sueurs nocturnes, toux fréquente avec crachats mucoso-salivaires abondants, émaciation progressive, matité et respiration obscure sous les clavicules, l'extrait éthéro-résineux, à la dose de 10 à 12 centigrammes par jour, fit tomber la fièvre, la toux et l'expectoration, ainsi que les autres phénomènes thoraciques; l'huile de morue acheva la guérison. Dans un deuxième cas, chez une fille de dix-sept ans, les phénomènes étaient plus graves encore, car aux symptômes précédents s'ajoutaient de la respiration bronchique et du râle sous-crépitant au sommet des deux poumons, et cependant en très-peu de temps l'administration dans les vingt-quatre heures d'une solution de 0,15 d'extrait éthéro-résineux de seigle ergoté, dans un peu d'eau, avec quelques cuillerées de sirop de digitale, en ayant seulement la précaution de suspendre le médicament tous les cinq ou six jours, fit cesser la toux, les accès fébriles et la gêne de la respiration. La malade s'est rétablie. Enfin, dans un troisième cas, chez un homme de quarante ans, qui portait une caverne au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, l'administration pendant un mois et demi de 0,20 d'extrait éthéro-résineux fit disparaître la toux, la fièvre, la sueur, la diarrhée et amena un rétablissement complet. On comprend ce que des faits pareils ont de surprenant; mais l'auteur n'aurait-il eu affaire qu'à des dilatations bronchiques qu'il aurait prises pour des cavernes, les effets du médicament n'en seraient pas moins très-recommandables et très-dignes d'être vérifiés. (*Gaz. med. sarda*, juillet.)

Ptyalisme *dans la grossesse; bons effets de l'iodure de potassium.* Il est rare que le ptyalisme, chez les femmes enceintes, devienne une affection grave, comme les vomissements, par exemple. Néanmoins cela peut arriver, et il est des cas où l'épithète d'incoercible peut aussi lui être appliquée. On a mis en question si l'on devait chercher à guérir la salivation sympathique de la grossesse. Des auteurs recommandables disent avoir observé des accidents graves et même mortels à la suite de la suppression de ce flux. Mais, d'une part, ces faits, fort peu nombreux, ne sont peut-être pas très-probants; et, d'un autre côté, quand le ptyalisme prend des proportions telles que la vie puisse être compromise, il y a une indication d'agir à laquelle il serait irrationnel de ne pas obéir, par crainte d'un danger qui peut fort bien ne pas se réaliser. Nous croyons donc que, quand l'hypersécrétion salivaire, chez une femme en état de gestation, prend une intensité inquiétante, il faut chercher à la réprimer. Malheureusement les moyens qui sont conseillés dans ce but échouent souvent, et alors le praticien désarmé peut se trouver conduit à se poser la question de l'accouchement ou de l'avortement provoqué. Le docteur Lamaestre s'est trouvé dans cette situation délicate; mais il en est sorti avec le plus grand bonheur. Ayant fait réflexion que l'iode rend d'excellents services dans le traitement de la salivation mercurielle, il a pensé, malgré la différence des circonstances étiologiques, à essayer d'un médicament iodique, l'iodure de potassium, et il a pleinement réussi. Voici l'analyse du fait que ce médecin a publié.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans, d'une bonne santé habituelle, qui, devenue grosse très-peu de temps après son mariage, se vit presque aussitôt atteinte de flux salivaire. Légère d'abord, la salivation ne tarda pas à devenir fatigante par sa continuité et puis par son abondance. Le docteur Lamaestre, appelé dans les premiers jours d'avril, trouva cette jeune dame, qu'il avait connue

fraîche et douée d'un bel embonpoint, pâle, amaigrie, abattue, tellement faible, que, ne pouvant plus se tenir debout, elle était alitée depuis huit jours et avait à peine la force de se mettre sur son séant. Depuis douze jours, elle remplissait, toutes les vingt-quatre heures, les trois quarts d'une cuvette ordinaire; et ne pouvant se résoudre à avaler la salive qui affluait sans cesse à sa bouche, elle la rejetait à mesure dans un vase placé près de son visage. Le contact continuel de ce liquide avait déterminé du gonflement de la lèvre inférieure et une rougeur érythémateuse, qui s'étendait jusqu'au menton. La malade ne prenait que du bouillon depuis près de quinze jours; elle avait le pouls très-petit, et elle était tellement épuisée qu'il y avait lieu de porter un pronostic peu rassurant.

Les moyens ordinairement conseillés en pareil cas furent d'abord employés : sucre candi, boules de gomme, camomille, quassia amara, opium, fragments de glace dans la bouche; tout échoua. Pas plus de succès avec le chlorate de potasse. La malade avait continué à dépérir et était prise de lipothymie au moindre mouvement. C'est alors que notre confrère, songeant à l'emploi de l'iode dans le traitement de la salivation mercurielle, eut l'idée de recourir aux iodiques. Il prescrivit des pastilles contenant chacune 5 centigrammes d'iodure de potassium, quatre le premier jour, six les suivants. Le flux morbide, déjà amélioré le quatrième jour, était à peu près rentré dans ses limites normales le huitième. Le médicament fut alors supprimé, sur la demande de la malade; mais la salivation reparut quatre ou cinq jours après avec une nouvelle intensité. Les pastilles furent reprises et produisirent le même résultat aussi rapidement; mais cette fois on en continua l'usage à dose décroissante, pendant une huitaine de jours, et la guérison se maintint. Les forces furent ensuite restaurées au moyen d'une alimentation réparatrice, aidée d'une médication tonique, et la grossesse a depuis suivi son cours régulièrement. (*Union méd.*, août.)

Urétralgie *intermittente ; guérison par le sulfate de quinine.* La névralgie de l'urètre n'est certes pas une affection commune. Aussi ne la trouve-t-on pas même mentionnée dans beaucoup de traités généraux, et même dans quelques ouvrages qui traitent spécialement des affections nerveuses. De plus, son diagnostic n'est pas sans obscurité, parce qu'elle est constituée uniquement par des douleurs qui n'ont guère de caractère spécial, propre à les différencier des douleurs urétrales symptomatiques de certaines maladies de l'appareil génito-urinaire. C'est donc en procédant par exclusion que ce diagnostic pourra être établi, et ce n'est qu'après s'être bien assuré, à l'aide de moyens convenables, qu'il n'existe ni calcul vésical, prostatique ou urétral, ni affection du col ou de la prostate, ni rétrécissement du canal, qu'on pourra être autorisé à admettre une urétralgie. Le cas suivant, remarquable par le type intermittent que les douleurs finirent par revêtir et par les bons effets du traitement quinique, nous semble mériter d'être analysé.

M. X..., vingt-sept ans, tempérament lymphatique nerveux, sujet à des douleurs névralgiques ayant affecté plusieurs fois le type intermittent, fut pris en 1854, peu de temps après son mariage, de douleurs vives dans les reins, s'irradiant du côté de la vessie, ayant les caractères d'une colique néphrétique légère, mais sans dépôt sablonneux ni catarrhal dans les urines : ventouses, bains, calmants, diurétiques légers; guérison. Néanmoins, de temps en temps encore, pesanteur et élancements douloureux dans les lombes et la région périnéale. En janvier 1855, cette dernière s'exaspère sans cause connue, s'accompagnant d'irradiations, rares vers les lombes et le sacrum, mais fréquentes vers la verge et l'urètre, qui devinrent bientôt le siége exclusif des douleurs. Ces douleurs, de caractères variés, qui diminuaient un peu par la traction et la compression de la verge, revenaient par accès irréguliers de jour et de nuit, laissant dans les intervalles le malade sans autre trouble que l'appréhension de leur retour. D'ailleurs urines d'aspect normal, émission facile, même au moment de la souffrance; pas de graviers, pas de sédiment, pas de mucus excrété; pas de douleur par la pression en aucun point du canal; pas de tuméfaction de la prostate; aucun signe de rétrécissement, ni de calcul. En conséquence, M. le docteur Bruchon, médecin du malade, se crut fondé à diagnostiquer une névrose douloureuse du nerf honteux interne, une urétralgie. Il s'y crut bientôt d'autant plus fondé, que,

sous l'influence des moyens thérapeutiques employés, bains, calmants, narcotiques, les accès se régularisèrent et ne reparurent plus que le soir, pour durer toute la nuit. Voyant l'affection présenter le caractère périodique, M. Bruchon recourut alors au sulfate de quinine. 8 décigrammes furent pris le 28 janvier, deux heures avant l'accès; cette nuit-là, les douleurs revinrent plus tard que les précédentes et ne durèrent qu'une demi-heure. Le lendemain, même dose de quinine; pas de douleurs, nuit calme. Continuation du médicament pendant trois jours à doses décroissantes; nul retour des douleurs. Depuis plus d'un an la maladie n'a pas reparu. (*Bull. de la Soc. de méd. de Besançon.*)

VARIÉTÉS.

L'Académie de médecine avait à remplir une des places d'associé dans les sections de médecine, places créées par un décret récent d'organisation. La commission avait présenté comme candidats MM. Denis (de Commercy), Gintrac (de Bordeaux), Gendron (de Château-du-Loir). M. Gintrac l'a emporté au deuxième tour de scrutin, et sa nomination a été accueillie avec la faveur que méritent ses titres et ses travaux scientifiques. Espérons que l'Académie inscrira bientôt le nom de ses deux concurrents sur la même liste.

Un décret récent institue dans la ville d'Alger une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie, dans laquelle l'enseignement sera distribué entre huit professeurs titulaires et quatre professeurs suppléants. Nous ne pouvons qu'applaudir à un pareil projet, qui couronne dignement tout ce qui a été fait pour cette nouvelle France depuis quelques années, et qui aura certainement pour résultat de travailler à la pacification du pays d'une manière très-efficace, en familiarisant les indigènes avec la vue des progrès les plus utiles qui ont été réalisés par la civilisation et dont il ne tient qu'à eux d'en prendre leur part. Le décret prévoit le cas où les indigènes désireraient étudier la médecine ou la pharmacie, et ils seront admis à l'Ecole préparatoire, sur la production d'un certificat d'études visé par l'autorité administrative et sur l'attestation donnée, après examen par le directeur du collége impérial arabe-français, qu'ils sont en état de suivre les cours.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du célèbre physiologiste anglais, Marshall-Hall, à la suite d'une longue et douloureuse maladie; de M. le docteur Mère, chirurgien de marine de première classe, chargé du service de santé dans nos possessions de Madagascar; et celle de M. le docteur Andrieu, membre du Conseil municipal de la ville d'Agen.

Le corps médical de Saint-Pétersbourg vient de perdre son doyen, M. le docteur Bimberg, médecin en chef de l'hôpital Sainte-Marie et conseiller d'Etat actuel, mort à l'âge de quatre-vingt-douze ans.

On annonce que M. Coze, doyen et professeur de matière médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, et M. le docteur Kayser, bibliothécaire de la même Faculté, ont demandé à M. le ministre de l'instruction publique à être mis à la retraite.

M. le ministre de l'instruction publique vient de déclarer nul et non avenu l'examen de pharmacien subi devant l'Ecole de pharmacie de Strasbourg par un élève qui avait fait usage de certificats qui lui attribuaient faussement un stage qu'il n'avait pas accompli.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'époque à laquelle on doit pratiquer la saignée dans la grossesse.

Par le docteur SILBERT (d'Aix) (1).

La pratique de la saignée dans la grossesse a été longtemps, en quelque sorte, une habitude banale. Aussi a-t-on longuement débattu l'époque où l'on devait la mettre en usage. Ce temps a varié beaucoup, suivant les diverses théories admises sur les accidents de la grossesse. Nous avons vu que, pour Haly-Abbas, qui essaye le premier de tracer des règles à ce sujet, c'est au cinquième, au sixième et au septième mois seulement que l'on peut pratiquer la saignée sans inconvénient. Pendant les autres mois, le fœtus est trop faible ou trop fort pour qu'on puisse impunément diminuer sa nourriture. Fernel voulait qu'on ouvrît la veine à mi-terme. Mercuriali et Riolan reconnaissent l'utilité de la saignée en tout temps ; mais, fidèles à la doctrine d'Hippocrate, ils la reconnaissent comme d'autant plus sûre qu'elle est pratiquée à une époque moins avancée de la grossesse. Pour Mauriceau et Sylvius de Le Boë, qui font jouer un grand rôle à la suppression du flux menstruel, c'est dans les deux premiers mois que ce moyen peut être employé avec le plus d'avantages. F. Hoffmann, qui donne à la pléthore sanguine ou séreuse une influence capitale dans la pathogénie de la grossesse, regarde comme presque indispensable la saignée au troisième mois, et conseille de la répéter à six mois et à huit mois et demi. Cette pratique, très-répandue en certains endroits, surtout parmi les gens de condition, est adoptée par Astruc, qui suit l'opinion commune. Chambon, après Levret et Van Swieten, combat ce préjugé. A son avis, de toutes les saignées d'usage, celle qu'on pratique au neuvième mois pour prévenir les accidents de l'accouchement est, sans contredit, la mieux indiquée. Al. Leroy insiste sur la saignée peu après la conception ; pour lui, cependant, c'est de trois à cinq mois qu'arrivent le plus fréquemment les avortements, et « de là est venu chez les femmes, ajoute-t-il, l'usage de se faire saigner de quatre mois et demi à cinq mois, époque d'une extrême sanguification. » Enfin, nous trouvons encore, en 1835, dans un dictionnaire de

(1) Nous extrayons ce chapitre d'un excellent ouvrage sur *la Saignée dans la grossesse*, que l'Académie de médecine a couronné et qui va paraître prochainement à la librairie médicale de Victor Masson.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

médecine très-répandu : « La saignée dans la grossesse peut être tantôt nuisible et tantôt très-utile. En général, on s'en abstient pendant les quatre premiers mois, à moins qu'une perte, une phlegmasie utérine ou tout autre accident, n'obligent d'y recourir ; plus tard, la saignée devient non-seulement utile, mais quelquefois nécessaire, etc. »

Tel est l'empire des préjugés : une règle tracée par Fernel, et appuyée sur une théorie des phénomènes de la grossesse qu'on professe encore à Montpellier, a traversé trois siècles, et continue d'exercer une assez grande influence sur la pratique. C'est en vain que Mauriceau, Sylvius de Le Boë, A. Leroy, ont démontré l'utilité de la saignée dans les premiers mois de la grossesse ; que de Lamotte, Van Swieten, Levert et Capuron ont tracé, sur ce point, les règles de pratique les plus justes. La routine n'a pas encore perdu tout crédit.

Raisonnons un peu cependant ; la saignée pratiquée dans la grossesse, en dehors de toute malaladie concomitante, ne peut être rationnellement employée que pour prévenir ou pour combattre les accidents dont elle peut être traversée. Or, ces accidents ne se produisant pas chez tous les sujets et ne se manifestant pas dans tous les cas à la même époque, une conduite uniforme dans l'emploi de la saignée doit être souvent nuisible et ne peut être utile que par hasard. Mauriceau observe avec raison que, comme toutes les natures sont différentes, on ne doit pas se gouverner en toutes de la même manière, ni croire aussi qu'il soit nécessaire de saigner toutes les femmes grosses, et d'attendre qu'elles soient à mi-terme pour le faire. Sa vingt-quatrième observation en est la meilleure preuve ; il y rapporte, en effet, qu'il saigna avec succès une femme grosse de deux mois et demi, atteinte de vomissements, et qui voulait attendre le milieu du quatrième mois pour se préserver d'un avortement qui avait eu lieu déjà deux fois avant le troisième mois.

Ce fait n'est pas le seul dans les œuvres de Mauriceau qu'on puisse invoquer à l'appui de cette grande vérité pratique. Les observations 388, 410, 463, 466, 513, 559, 590, 612, 629, 63 (obs. nouv.), témoignent de la nécessité de l'emploi de ce moyen au terme d'un mois à deux mois et demi. De Lamotte s'est trouvé dans l'obligation de mettre ce moyen en usage, un grand nombre de fois, contre les accidents de la grossesse, au terme de deux à trois mois (obs. 40, 41, 45, 143) ; on en voit plusieurs exemples également dans Mme Lachapelle, à côté d'observations où la saignée a dû être faite au quatrième mois et à la fin du cinquième. Mauri-

ceau rapporte encore des cas où la saignée a été nécessitée au cinquième et au sixième mois (obs. 541, 678); de plus, malgré ses idées sur les dangers de la saignée comme cause de l'accouchement prématuré après le septième mois, et la conviction où l'on était de son temps, d'après les livres hippocratiques, que les enfants de huit mois ne vivent jamais, il n'a pu conduire à terme des femmes enceintes de sept mois et demi, huit mois, huit mois et demi (obs. 356, 424; nouv. obs., 30), qu'en leur pratiquant la saignée en ce prétendu mauvais mois. Enfin, sur les trois cas d'avortement commencé que cite Baudelocque, il y a une femme, arrivée au septième mois de la gestation, chez qui deux petites saignées arrêtèrent le travail, déjà fort avancé.

Ces observations, que nous pourrions multiplier à l'infini, démontrent suffisamment combien il est ridicule de prétendre fixer d'avance l'époque à laquelle on doit pratiquer la saignée, puisqu'il n'est aucun mois de la grossesse qui soit à l'abri des accidents qui peuvent compromettre cet état : les saignées dites d'usage sont donc aussi inadmissibles en pratique qu'en théorie. Il en est de même des proscriptions dont on a voulu frapper ce moyen dans certains mois de la grossesse. L'époque de la saignée sera toujours commandée par l'apparition variable des accidents auxquels elle peut remédier. Le temps de nécessité n'a pas de loi, et ce qui est vrai pour les maladies propres de la grossesse l'est, à plus forte raison, pour celles qui peuvent traverser son cours.

Ainsi, en thèse générale, il est impossible et illogique de déterminer un temps pour la saignée; mais il n'en est pas moins vrai, cependant, que quelquefois la nature et l'époque des accidents survenus dans une ou plusieurs grossesses précédentes devra désigner aux praticiens le moment où ils auront à employer la saignée prophylactique. Cette époque d'élection est, dans la plupart des cas, fixée au temps ordinaire où les règles avaient coutume de paraître ; c'est en effet alors qu'ont lieu le plus souvent les avortements : « Aussi est-il commun de voir redoubler à cette période les incommodités des femmes qui sont valétudinaires pendant leur grossesse, et, de plus, celles qui se portent le mieux lorsqu'elles sont enceintes éprouvent une espèce de malaise auquel elles ne sont pas accoutumées, et qui dure ordinairement à peu près autant que durerait la période complète des règles. » (Levret, *loc. cit.*, § 1148.)

L'utilité, la nécessité même de la saignée prophylactique en pareil cas, ne saurait faire l'objet d'aucun doute. Amatus Lusitanus et Lazare Rivière ont suivi les premiers cette excellente pratique,

et Bewerick, Mauriceau (obs. 460), Sylvius de Le Boë, Hoffmann, Van Swieten, Dionis, Levret, Astruc, l'ont appuyée de leur autorité et de leurs exemples. Mme Lachapelle a insisté depuis sur les dangers de ce molimen hémorrhagique périodique (*loc. cit.*, p. 322), et la saignée est devenue en pareil cas une pratique usuelle. Nous nous contenterons d'en citer une observation que M. Chailly-Honoré a publiée dans son Traité d'accouchements. Il s'agit d'une dame habituellement réglée avec abondance, qui continuait à voir un peu à chaque époque, quoiqu'elle fût enceinte, et c'était cette circonstance qui, complétement méconnue, avait déterminé chez elle deux fausses couches successives ; elle avait presque perdu tout espoir de devenir mère, quand elle consulta M. Chailly, qui se crut autorisé par les renseignements qu'elle lui donna à lui faire espérer un meilleur résultat pour une troisième grossesse ; et, en effet, de petites saignées révulsives et le repos pendant les premiers mois, jusqu'à ce que l'époque fatale fût passée, lui permirent de mener son fruit à terme.

Il est encore d'autres cas dans lesquels la saignée prophylactique a été conseillée à la fin de la grossesse : c'est pour prévenir le développement des convulsions puerpérales. Mauriceau a fortement insisté sur ce point (obs. 58, 331, 637), et MM. Cazeaux et Chailly-Honoré recommandent l'usage de ce moyen toutes les fois qu'on aura à craindre cet accident ; mais c'est là une question sur laquelle nous aurons à revenir plus tard.

On a regardé aussi la saignée comme préservatrice de l'hémorrhagie après l'accouchement ; mais le mécanisme et la nécessité des pertes de sang ordinaires après la délivrance, et la nature des causes de l'hémorrhagie véritable, sont trop connus pour que nous discutions ici l'inutilité d'une pareille pratique. Nous ne nous attacherons pas davantage à réfuter l'opinion d'Hufeland, qui, comparant l'accouchement à une opération chirurgicale, veut qu'on saigne alors, comme il est de règle de le faire avant toute opération pour se garantir de l'inflammation et prévenir d'autres suites fâcheuses. Cette règle est tombée aujourd'hui en désuétude, dans la pratique chirurgicale, et l'on ne s'en trouve pas plus mal pour cela.

Des cachexies et de leur traitement.

Par le professeur Forget (de Strasbourg) (¹).

10° *Cachexie urique.*—Celle-ci a beaucoup de rapport avec la précédente, quant à son mécanisme et à son double élément causal et

(¹) Fin. — Voir la livraison du 30 août, p. 145.

humoral. Il s'agit encore ici d'un organe sécréteur, dont le produit ne pouvant être éliminé passe dans le sang et imprègne les organes. Ainsi dans les rétentions prolongées d'urines, par maladie de quelqu'une des parties constituantes de l'appareil urinaire, la fièvre s'allume, le malade exhale une odeur urineuse et ne tarde pas à succomber; car il ne s'agit plus ici d'un principe inoffensif comme la matière colorante de la bile, mais bien d'un liquide irritant par excellence. Aussi la *fièvre urineuse* et les *phlegmasies urineuses* ont-elles une réalité que n'ont pas la fièvre et les phlegmasies bilieuses. Pareil état ne saurait donc durer longtemps et constitue plutôt une intoxication aiguë qu'une cachexie.

Mais la fièvre d'invention a produit dans ces derniers temps encore une maladie nouvelle sous le nom d'*uroémie*. Celle-ci survient aussi dans les cas de maladie des organes urinaires, mais lentement, sourdement, placidement, jusqu'à ce qu'un jour elle éclate sous la forme d'accidents cérébraux graves et plus ou moins promptement mortels. C'est ainsi du moins que les choses se passeraient, dit-on, dans la maladie de Bright, par exemple, où, en même temps que le rein s'empare de l'albumine du sang, il laisserait dans celui-ci l'urée qui, s'accumulant insensiblement, comme nous venons de le dire, finirait par devenir la cause formelle de la mort. J'avoue que, malgré la faveur avec laquelle ont été accueillis les modernes travaux sur l'uroémie, il m'est impossible d'accepter complétement dès aujourd'hui cette doctrine : 1° parce que les caractères hématologiques de la maladie de Bright étant uniformes et constants, les effets toxiques de la soi-disant uroémie devraient se produire plus constamment, moins exceptionnellement qu'ils ne le font ; 2° parce que les symptômes atoniques de l'albuminurie ne ressemblent guère à ce qui devrait résulter d'une accumulation incessante de l'urée dans le sang ; 3° parce que les accidents cérébraux ultimes, assez rares, nous venons de le dire, s'expliquent suffisamment, tantôt par la méningite, plus souvent par l'apoplexie séreuse, l'œdème cérébral constatés à l'autopsie, caractères anatomiques qui ne m'ont jamais fait défaut dans ma longue expérience de cette maladie. Bref, l'uroémie est encore pour moi à l'état de paradoxe ou de création invraisemblable.

Nous l'admettons pourtant. Quels moyens aurons-nous de combattre cette dyscrasie sanguine? Quelques tentatives chimiques ont été faites pour détruire, neutraliser cette urée ou ses produits; à quels résultats ont-elles conduit? La thérapeutique de la maladie de Bright demeure ce qu'elle était avant l'avénement de l'uroémie, c'est-

à-dire qu'à part les indications tirées de l'anasarque ou de la cachexie séreuse, indications auxquelles on adjoindra, si l'on veut, les médications, presque toujours impuissantes, dirigées particulièrement contre l'affection rénale elle-même, nous retombons encore dans les toniques, les astringents, voire même les ferrugineux, qui ont été expressément appliqués au traitement de l'albuminurie et qui, s'ils n'agissent pas comme curatifs, ont du moins l'avantage de soutenir les forces détériorées par la colliquation séreuse. Pas n'est besoin de rappeler que l'albumine, administrée dans l'intention de remplacer celle que le sang perd par les reins, n'a produit aucun résultat satisfaisant.

11° *Cachexie graveleuse.* — Il est une forme de cachexie urique plus positive que la précédente, c'est celle désignée sous le nom de *gravelle.* Ici l'acide urique supposé en circulation ne s'accumule pas dans le sang, mais il se dépose insensiblement dans les canaux du rein. S'il y séjourne longtemps, il peut produire de graves accidents, douloureux et mortels; d'ordinaire il s'échappe sous forme de graviers par les uretères, où il peut également occasionner de vives douleurs; il peut s'arrêter dans la vessie et y produire des calculs et leurs conséquences mortelles; enfin il est souvent éliminé par l'urètre, avec ou sans douleurs. Cette cachexie graveleuse comporte des indications dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici, et dont les principales d'ailleurs vont se retrouver à propos de la goutte, cette sœur de la gravelle. Disons pourtant que, par exception, les indications des analeptiques et des toniques se présentent moins souvent, moins naturellement ici que dans les autres cachexies, les graveleux étant sujets à des accidents aigus plutôt qu'à ce déliquium qui résulte de presque toutes les autres dyscrasies. La cachexie graveleuse n'est pas toujours produite par l'acide urique; mais celle-ci est la plus commune, et ce que nous en avons dit s'applique à toutes les autres espèces de gravelle : il n'y a de différence que dans les indications empruntées à la composition chimique de ces diverses espèces.

12° *Cachexie arthritique.* — L'arthritis peut être *rhumatismale* ou *goutteuse.* Chez les vieux rhumatisants, la plupart des articulations se déforment, les forces s'altèrent, et ils ont vraiment l'air d'être en proie à une cachexie dont l'élément matériel et formel nous est inconnu, élément que, par intuition, on désigne généralement sous le nom de *vice* rhumatismal. C'est cet élément que l'on cherche à combattre, beaucoup en aveugles, par des remèdes spéciaux ou spécifiques, et, plus rationnellement, par les résolutifs généraux,

tels que les alcalins, les iodés, etc. Mais comme l'altération des tissus articulaires, parvenue à un certain degré, ne paraît plus susceptible de résolution, on se trouve finalement réduit à soutenir la constitution détériorée par un régime analeptique et de légers toniques non excitants.

L'élément cachectique est bien mieux accentué dans l'arthrite goutteuse proprement dite, celle caractérisée par le dépôt de matières tophacées, de concrétions uratiques dans les articulations et dans les parties molles qui les environnent. Ces urates ainsi généralement répartis ne peuvent guère arriver que par la voie du sang; aussi cherche-t-on à modifier celui-ci par le régime végétal délayant, non azoté. Quant aux concrétions elles-mêmes, on s'applique à les fondre, principalement au moyen des alcalis; mais ce dernier résultat est plus spéculatif que pratique, et, dans la cachexie goutteuse invétérée, l'indication vitale est encore celle qui domine, c'est-à-dire que par un régime choisi, modérément substantiel, et quelques toniques fixes, on cherche à s'opposer à la dégradation progressive de l'économie. Il est même à remarquer que les remèdes antiarthritiques ou antigoutteux, dont on a prétendu faire des spécifiques, sont presque tous des toniques et même des stimulants; ainsi le quinquina, ainsi le remède de Pradier, ainsi le vin de Madère dont le grand Sydenham, goutteux lui-même, vantait les merveilleux effets, ce qui ne l'a pas empêché de mourir d'un hydrothorax métastatique. Il est probable que ces modificateurs ont dû leur renommée au soulagement, au sentiment de bien-être et de corroboration qu'ils procurent aux malades; et par cela même ces moyens sont dangereux, car ils peuvent ajouter au stimulus morbide et constituent ce qu'on appelle un jeu de quitte ou double. C'est affaire de prudence et de tact de la part du médecin.

13° *Cachexie bronzée.*— Nous n'abandonnerons pas les cachexies afférentes aux organes et aux éléments urinaires, sans dire un mot de cette autre invention (car « quel temps fut jamais plus fertile en miracles? »), invention qu'un esprit distingué, mais aventureux, M. Trousseau, a naguère exportée d'outre-Manche : c'est la maladie qu'Addison, son inventeur, a désignée, je crois, sous le nom de *maladie* ou de *peau bronzée*; désignation qui n'exprime qu'un des éléments, et le moins curieux de cette prodigieuse maladie. En effet, ce qu'il y a de curieux ici, ce n'est pas la peau bronzée, qui n'est pas rare et qui n'est, je pense, que la nigritie ou une de ses variétés; c'est le mécanisme de cette coloration qui dériverait..., je vous le donne en mille..., d'une altération des capsules surrénales! Ce

n'est pas tout : ces terribles mais sournoises capsules surrénales, dont personne jusqu'ici n'avait soupçonné l'énorme influence, si bien qu'on les considérait comme un organe à peu près inutile, ces capsules altérées susciteraient, en même temps que la couleur bronzée de la peau, de formidables accidents cérébraux, mortels de nécessité. Ainsi ce petit organe, inerte jusqu'à ce jour, profondément caché dans l'abdomen, devient tout à coup le régulateur de la peau et de l'encéphale !... Les inventions de ce genre ont toujours du succès, surtout aujourd'hui que le *credo quia absurdum* est la devise de la gent médicale, et que les esprits forts et profonds ne sont plus ceux qui ne croient à rien, mais bien ceux qui croient à tout. Pour ma part, je verrais de semblables merveilles que je n'y croirais pas, jusqu'à ce que le fait me fût mille fois et irrévocablement démontré. Je ne veux pas m'autoriser de deux cas de peau bronzée, observés tout récemment dans mes salles, chez deux jeunes gens qui ont le cerveau très-sain et qui n'ont pas envie de mourir; ni même d'une altération assez grave, d'un ramollissement jaune avec formation de graviers uriques dans le tissu même des capsules surrénales, chez une femme morte de maladie du cœur, sans peau bronzée ni symptômes cérébraux; je ne crois pas à cette puissance des capsules surrénales, nonobstant clameur de haro; j'aime mieux croire à quelque illusion, et voilà tout.

Mais le fait étant admis, quelle modification opposer à pareille affection ? La thérapeutique n'a pas encore eu le temps de résoudre ce problème; nous laissons donc au lecteur la tâche de déduire le traitement qui convient en pareil cas, et nous passons outre.

14° *Cachexie syphilitique.*— On sait les altérations graves et profondes que produit la syphilis constitutionnelle. Parmi ces altérations figurent la cachexie caractérisée par la teinte plombée, l'aspect hâve de la physionomie, l'amaigrissement, la débilité, phénomènes coïncidant avec la diminution des éléments solides du sang. Cet état persiste souvent assez longtemps, même après la destruction du principe ou virus syphilitique. C'est alors que se présente nettement l'indication du traitement de l'anémie : aliments nutritifs, amers, ferrugineux, traitement que l'on fait même souvent coïncider avec l'emploi des remèdes antisyphilitiques. Peut-être l'iodure de potassium doit-il, en partie, ses effets salutaires à la stimulation qu'il exerce notamment sur la circulation, la nutrition, stimulation qui se révèle par l'augmentation de consistance du pouls, les efflorescences de la peau et le retour de l'embonpoint.

A la cachexie syphilitique nous joindrons, comme appendice, la

cachexie mercurielle, qu'il est si facile de confondre avec elle, tant elles se ressemblent et tant il est difficile souvent de distinguer les effets de la maladie de ceux des remèdes. C'est que le mercure administré pendant longtemps, après avoir excité les organes, les détériore si bien, que les fonctions altérées de ces organes, celles notamment du tube digestif, amènent secondairement des vices de nutrition dont l'expression commune est l'anémie. Ceux qui considèrent les mercuriaux comme des atténuants, des dissolvants du sang, confondent leurs effets secondaires avec leur effet primitif qui est, au contraire, phlogistique et *plastifiant*, témoin la stomatite mercurielle qui, presque toujours, est pseudo-membraneuse [1]. Mais la cachexie mercurielle amène secondairement l'anémie (hydrémie, aglobulie), et c'est cet état secondaire qui réclame directement l'emploi du traitement antianémique si souvent formulé, sans préjudice des moyens propres à neutraliser le mercure lui-même, si ces moyens existent.

15° *Cachexie paludéenne.* — L'intoxication paludéenne peut être aiguë ou chronique. A l'état aigu elle produit les fièvres paludéennes de tous les types, l'engorgement de la rate, voire même l'anasarque; mais alors tous ces accidents sont de courte durée et cèdent plus ou moins facilement aux remèdes quiniques ou à leurs succédanés.

A l'état chronique, cette même intoxication produit les mêmes effets que les précédents, mais plus tenaces, plus rebelles; et, en outre, elle amène des altérations générales profondes qui se révèlent sur la physionomie et l'habitude générale du corps, par une coloration jaunâtre, terreuse, toute particulière de la peau, par la gracilité des membres, le volume de l'abdomen, la débilitation, l'apathie physique et morale, puis le marasme ou l'anasarque. Alors on constate une hydrémie et une aglobulie du sang plus ou moins prononcée, comme dans l'anémie ordinaire.

Eh bien! l'expérience a démontré que cette cachexie paludéenne est avantageusement combattue, comme l'anémie, par le régime analeptique, les toniques et les ferrugineux. Parmi les toniques indiqués alors, nous devons une mention spéciale au quinquina. On sait, depuis Lancisi et Torti, que le quinquina en substance combat efficacement les accidents consécutifs aux fièvres intermittentes, accidents qu'on a faussement attribués à l'abus de ce remède, et qui résultent bien plutôt de la prolongation de la fièvre elle-même. On

[1] Des mercuriaux hors les cas de syphilis (Union médicale, 1848).

a pu croire assez longtemps que le sulfate de quinine pouvait avantageusement suppléer le quinquina contre les symptômes de la cachexie paludéenne; mais il est reconnu aujourd'hui que le quinquina en substance ou en extrait est, dans ce cas, manifestement plus efficace que le sel de quinine; ce que nous proclamions il y a dix ans [1], et ce qui a été confirmé depuis par plusieurs observateurs compétents.

16° *Cachexie rachitique.* — Le rachitisme est une affection primitivement chronique, dont la nature nous est inconnue, et qui ne nous est révélée que par ses effets, à savoir, l'ostéomalaxie, la flexibilité, l'incurvation de la charpente et des leviers osseux; phénomènes attribués à l'agénésie ou à la disparition des éléments solides des os, du phosphate calcaire en particulier. On considère généralement le rachitisme comme une forme, une dépendance des scrofules; mais les symptômes de ces deux maladies sont si différents, que cette fusion nous paraît irrationnelle. Elles se ressemblent pourtant au point de vue de la dyscrasie sanguine, et surtout des traitements à peu près identiques que nous sommes réduits à leur appliquer. Ainsi l'on est d'accord pour opposer au rachitisme d'abord le raitement de l'anémie : air pur, sec et lumineux, alimentation substantielle animalisée, remèdes toniques, ferrugineux, auxquels on adjoint les médicaments réputés antiscrofuleux : iodés, huile de foie de morue, etc.

On a essayé d'instituer un traitement antirachitique direct et spécial, en ingérant le phosphate de chaux en substance; mais il est très-douteux que la nature se plie à nos vues systématiques, au point de porter complaisamment cette substance de l'estomac dans le système osseux plutôt que partout ailleurs. Ceci rappelle le blanc d'œuf administré pour remplacer l'albumine du sang. Néanmoins l'indication est rationnelle; elle est à l'étude maintenant.

17° *Cachexie scrofuleuse.* — Qu'est-ce que les scrofules? Grave question qui est loin d'être vidée, mais qu'on peut résoudre provisoirement en disant que les scrofules résultent de l'association de deux éléments essentiels : 1° la *diathèse* lymphatique ou scrofuleuse, quelle qu'elle soit, et qui ne constitue pas encore les scrofules, lesquelles impliquent l'intervention de l'autre élément; 2° la *phlegmasie* agissant sur des tissus modifiés par la diathèse. En effet, on admet plusieurs espèces de scrofules caractérisées pré-

---

[1] De l'extrait de quinquina comparé au sulfate de quinine dans les hydropisies, suite des fièvres intermittentes. (*Bulletin de Thérap.*, 1848.)

cisément par l'inflammation sévissant actuellement sur tel ou tel tissu : glandes lymphatiques (scrofule glanduleuse), membranes muqueuses (scrofule muqueuse), peau (scrofule cutanée), système osseux (scrofule osseuse). Si l'inflammation scrofuleuse a des caractères particuliers de lenteur et de froideur, en quelque sorte, cela résulte très-vraisemblablement de l'état diathésique dans lequel se trouvent les tissus phlegmasiés. Cette dichotomie élémentaire n'est pas une simple spéculation théorique : elle a d'importantes conséquences pratiques, ainsi qu'on va le voir.

Autre question. Le tubercule est-il un élément essentiel, un caractère propre aux scrofules? Tous les tuberculeux sont-ils scrofuleux, tous les scrofuleux sont-ils tuberculeux? Bien des médecins le pensent encore. Mais il suffira de rappeler, je pense, que les scrofules muqueuses des yeux, des narines, que les scrofules cutanées, de formes si variées et si nombreuses, etc., ne présentent pas vestige de tubercules, lesquels occupent spécialement les glandes et les os, et encore pas toujours, quoi qu'on dise; de sorte que la solution de ce dernier problème reste au moins indécise. Il est évident, néanmoins, que le tubercule complique très-souvent les scrofules.

De ces préliminaires il résulte que, d'abord, deux éléments s'offrent à combattre dans les scrofules confirmées : l'élément diathèse strumeuse et l'élément phlegmasie. Or, trop souvent on perd de vue le deuxième élément, pour ne s'occuper que de la diathèse, sous prétexte que celle-ci constitue toute la maladie dont la phlegmasie n'est qu'une exagération, un pur effet. Cela peut être vrai pour quelques cas de scrofules tuberculeuses, et encore! cela est manifestement erroné dans la plupart des cas. Ainsi tel individu, affecté de diathèse lymphatique ou scrofuleuse au plus haut degré, pourra ne devenir jamais scrofuleux, s'il est assez heureux pour échapper à toutes les causes de phlegmasie; de même qu'un sujet prédisposé aux tubercules ne deviendra jamais phthisique s'il ne s'enrhume jamais. Au demeurant, effet ou cause, la phlegmasie est un élément grave, patent et avec lequel, rationnellement, force nous est de compter; si bien que, dans des cas assez nombreux et en dépit de nos prévisions, les antiphlogistiques réussissent mieux contre certains engorgements scrofuleux que les médications stimulantes classiques.

La diathèse, nous le reconnaissons, est le fait primordial, la condition essentielle des scrofules. Eh bien! cette diathèse est de nature asthénique; elle a pour caractère, au dire de tous les auteurs,

l'hydrémie et l'aglobulie. Donc, sous ce rapport, elle aussi se confond avec l'anémie. Aussi, à part quelques agents réputés spécifiques, décorés plus particulièrement du titre d'antiscrofuleux, le traitement de cette affection n'est-il autre que celui de l'anémie elle-même : air sec et lumineux, alimentation animale, vin généreux, amers, toniques, ferrugineux, etc., et ce traitement banal est non moins efficace et plus essentiel que tous les *anti* possibles, y compris l'iode, les sels de baryte, le brome, l'huile de foie de morue, la feuille de noyer, le houblon, et toute la kyrielle des eaux minérales, dont bien peu ne prétendent pas guérir les scrofules.

18° *Cachexie tuberculeuse.* — Si les tubercules ne sont pas les scrofules, il existe néanmoins une telle affinité entre ces deux affections, qu'il est au moins obligatoire de les rapprocher. La cachexie tuberculeuse une fois établie, quel que soit son mode de génération, multiplie les dépôts de matière tuberculeuse, laquelle infiltre les organes, puis les détruit par inflammation ulcérative, notamment les poumons et le tube digestif, d'où l'appauvrissement du sang, la pâleur, l'amaigrissement, la chute des forces, etc. ; de sorte qu'à la période avancée, le praticien se trouve en face de trois éléments capitaux : le tubercule, l'inflammation ulcérative et l'anémie.

Malgré les espérances conçues de tout temps et ravivées de nos jours où, au dire de certains esprits spéculatifs, et surtout des hydrologues, la guérison de la phthisie, c'est-à-dire du tubercule, serait chose courante, la disparition de ce produit anormal, par le fait de nos remèdes, est un événement assez rare, surtout à l'état avancé, cachectique, en un mot. Aussi les praticiens, instruits à l'école d'une expérience froide et réfléchie, renoncent-ils généralement à extirper directement, à fondre le tubercule, et se bornent-ils à combattre ses causes et ses conséquences. Or, parmi celles-ci figure d'abord, avons-nous dit, l'inflammation ulcérative. Mais celle-ci étant liée à sa cause locale et formelle, le tubercule, est à peu près indestructible comme lui ; néanmoins, l'art possède, à l'égard de cette inflammation, au moins des palliatifs susceptibles d'en modérer les ravages. Reste le troisième élément, la dyscrasie sanguine, dont on cherche à retarder les progrès, ou du moins les effets, en soutenant l'économie au moyen d'un régime analeptique modéré et de légers toniques, dans l'unique intention de prolonger la vie, en réparant, autant que possible, les ravages produits par cet ensemble d'éléments destructeurs. Seulement, en soutenant les forces, il faut prendre en considération l'inflammation concomitante, et craindre de l'activer, ou même de la faire naître, en exagérant la stimulation. Compromis

délicat et difficile, que ne comprennent pas les praticiens vulgaires, qui n'ont en vue que de conjurer la diathèse, de fondre le tubercule et de soutenir les forces, à l'aide de stimulants dont l'effet le plus évident et le plus ordinaire est de fomenter le travail d'ulcération et la fièvre hectique qui en est l'expression. Ici se présente cette autre indication majeure, non moins essentielle que les autres, qui consiste à calmer la douleur et la toux, principalement à l'aide des opiacés. Une foule de malades doivent à l'opium la guérison peut-être, très-probablement la prolongation de la vie, et très-certainement une atténuation de leurs souffrances et le triste mais précieux avantage de s'éteindre insensiblement et sans douleur.

Axiome : en renonçant à guérir directement le tubercule, en visant uniquement à prolonger la vie, on obtient indirectement des guérisons inespérées, plus sûres, plus nombreuses que par les traitements directs réputés spécifiques, institués contre le tubercule lui-même.

Ces prétendus spécifiques sont nombreux ; ce sont presque tous des toniques et des stimulants : iode, brome, alcalins, chlorures, balsamiques, quinquina, ferrugineux, etc., etc., sauf à oublier une longue litanie d'eaux minérales iodées, bromées, alcalines, salines, sulfureuses, ferrugineuses, etc. Les prétendus spécifiques qui nous inspirent le plus de confiance sont les moins stimulants ; c'est à ce titre que nous donnons la préférence à l'huile de foie de morue, à la digitale et aux sédatifs ; mais sur tous et toujours domine l'hygiène.

19° *Cachexie mélanique.* — Cette cachexie est fréquemment liée à la précédente. La mélanose généralisée donne lieu à une cachexie spéciale que les uns considèrent comme due à une simple matière pigmentaire, et que d'autres assimilent au cancer. En effet, comme le cancer, la mélanose existe à l'état de crudité ou de ramollissement, détruit les organes, détériore profondément l'économie et conduit à la mort. Comme les cachexies tuberculeuse et cancéreuse, la cachexie mélanique comporte trois éléments principaux : 1° une diathèse génératrice non moins mystérieuse que celle des deux autres cachexies ; 2° des désordres locaux : infiltrations, dépôts, ramollissement, ulcérations ; 3° une dyscrasie sanguine, analogue à celle de l'anémie. Cela étant, mêmes indications que pour le tubercule et mêmes considérations thérapeutiques, à savoir : impuissance de l'art contre la diathèse et contre la mélanose elle-même ; nécessité d'avoir égard aux désordres locaux rebelles comme leurs causes. Indication de soutenir les forces, de s'opposer à l'épuisement et de refaire le sang, autant que possible, au moyen du ré-

gime analeptique et des toniques légers, sauf les réserves déjà faites au sujet des tubercules.

Il est à remarquer que personne encore n'a songé à instituer des médications spécifiques à l'endroit de la mélanose. Cela tient sans doute à ce que la mélanose interne est d'un diagnostic très-obscur qui, presque toujours, la fait confondre avec le tubercule auquel, avons-nous dit, elle est souvent annexée; et à ce que la mélanose externe rentre, en grande partie, dans l'histoire du cancer avec lequel on la confond.

20° *Cachexie cancéreuse.* — Nous plaçons celle-ci la dernière comme la plus redoutable et celle qui soulève les plus graves questions. Nous n'agiterons pas ici ces problèmes, que nous supposerons résolus dans le sens des opinions dominantes. Ainsi, il est généralement admis que l'invasion du cancer implique, comme condition essentielle, une diathèse de nature inconnue, comme presque toutes les diathèses; que, néanmoins, le cancer, comme les scrofules, comme le tubercule, ne se manifeste guère qu'à l'occasion de certaines altérations locales dont le produit est la matière cancéreuse; que cette matière est variable d'aspect et de texture, ainsi que le microscope s'est vu forcé d'en convenir, après avoir soutenu avec grand fracas l'autocratie de la cellule spécifique; si bien que nous avons aujourd'hui quatre ou six espèces microscopiques de cancer qui toutes, pour le praticien, se confondent par leurs caractères cliniques. Ces caractères, les seuls à peu près qui importent à la pratique, sont : 1° de détruire les organes qui en sont le siége; 2° de se généraliser de manière à produire une cachexie spéciale dite cancéreuse; 3° de se reproduire sur place ou ailleurs après l'ablation; 4° de conduire infailliblement à la mort. Ces caractères sont plus sûrs et surtout plus utiles en application que les prestigieuses et mobiles conceptions des micrographes.

Ceci posé, nous établirons les principes thérapeutiques suivants : 1° la diathèse cancéreuse, profondément inconnue dans son essence, est inattaquable; 2° les localisations cancéreuses qui se produisent avant l'établissement de la cachexie, lorsqu'elles sont accessibles, peuvent être détruites dans l'espérance de prévenir ou au moins de retarder cette cachexie; 3° cette chance aléatoire n'existe plus guère lorsque la cachexie s'est révélée par son aspect particulier ou par la reproduction des tumeurs cancéreuses, l'opération alors ayant pour effet, au contraire, de hâter, d'aggraver le travail généralisateur; 4° contre la cachexie cancéreuse confirmée, qui se reconnaît à une teinte particulière jaune verdâtre de la peau et surtout à la mul-

tiplication des foyers cancéreux, il ne reste qu'une indication sommaire, celle de prolonger la vie en retardant la dissolution. On y parvient en combattant les éléments accidentels : inflammation, douleur, etc. ; en détergeant les surfaces cancéreuses pour s'opposer à la résorption de l'ichor qui est censée aggraver, sinon produire la cachexie ; en défendant l'économie contre l'affaiblissement, l'amaigrissement, la dyscrasie anémique, au moyen du traitement propre à cette dernière : alimentation substantielle, toniques légers, sauf contre-indication. Les spécifiques présumés du cancer, notamment la ciguë, sont des leurres auxquels ne croit aucun praticien sensé.

En voilà suffisamment, je pense, sur les cachexies et sur les traitements qui leur conviennent, pour autoriser les considérations et conclusions suivantes. Et d'abord, quelle que soit la variété de toutes ces cachexies, toutes se réduisent à comporter ces trois indications capitales : 1° obvier aux causes hygiéniques, constitutionnelles ou morbides; 2° combattre les accidents locaux; 3° réparer, autant que possible, les atteintes portées aux forces générales et à la nutrition par la prolongation du mal.

De ces trois indications la première fait souvent défaut, en raison de notre ignorance ou de notre impuissance à l'égard des causes productrices de la plupart des cachexies. La seconde indication, relative aux désordres locaux, est souvent impossible à remplir, elle aussi, vu la persistance, l'inexpugnabilité des causes désorganisatrices (tubercule, mélanose, cancer). Mais au moins permet-elle l'emploi de certains palliatifs, tels que les antiphlogistiques, les sédatifs, les détersifs, sans parler des résolutifs, des fondants, etc.; palliatifs dont l'utilité est trop généralement méconnue et négligée, au grand détriment des pauvres malades. Reste la dernière indication, la plus générale des trois, laquelle, fréquemment, constitue à elle seule tout le traitement, soit qu'il n'y ait à combattre que la dyscrasie sanguine, comme dans la simple anémie des blessés et des convalescents, soit que les indications précédentes soient impraticables, ce qui est le cas ordinaire, ainsi que nous l'avons vu. Aussi l'indication *vitale*, comme on l'appelle, et que nous aimons mieux désigner sous le nom de *nutritive*, domine-t-elle, en quelque sorte, toute la thérapeutique des cachexies (qu'il ne faut pas confondre avec les diathèses), soit qu'elle constitue le fond du traitement, soit qu'elle s'applique seulement aux effets ultimes.

Cette généralité de l'indication nutritive résulte de ce que toutes

les cachexies, quelle que soit leur nature spéciale, aboutissent à l'affaiblissement des fonctions organiques en général, et principalement à la détérioration de l'acte nutritif, bref à l'épuisement, à l'amaigrissement, à la dyscrasie sanguine, terme obligé de toutes les longues maladies.

La médication nutritive et corroborante dont souvent on abuse, parce qu'on perd de vue les éléments contre-indicateurs, offre parfois l'avantage d'agir comme radicalement curative, soit en détruisant le mal dans sa source (anémie, chlorose, scorbut, lymphatisme, rachitisme, scrofules), soit en donnant à la nature le temps et les forces nécessaires pour éliminer le principe morbide ou pour réparer les désordres qu'il a causés (cachexie ictérique, paludéenne, mercurielle, etc.).

Notre travail a pour but définitif de mettre en relief :

1° La nullité ou l'inanité fréquente de l'indication étiologique dans les cachexies ;

2° La rareté des spécifiques avérés ;

3° Les ressources que l'art peut puiser dans les moyens généraux, tant pour guérir que pour pallier les cachexies, et, dans tous les cas, pour prolonger la vie ;

4° L'universalité du traitement analeptique, comme seul moyen applicable à la généralité des cachexies confirmées ;

5° Enfin, l'excellence de cette lumineuse doctrine des *éléments positifs*, qui s'infiltre insensiblement, depuis quelque temps, dans nos habitudes scientifiques et pratiques, et qui paraît si naturelle, que chacun s'imagine n'en avoir jamais pratiqué d'autres, oubliant que naguère encore un concert de louanges s'est élevé en l'honneur de l'*unité* de la maladie, et qu'aujourd'hui même une foule de travailleurs sont à la recherche d'un spécifique pour chaque affection.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Nouveaux moyens de contribuer au succès de la réunion immédiate. (Issue directe des fils à ligature à travers la peau; — suture à plans superposés.)

Par le professeur Bouisson (de Montpellier).

Il est en chirurgie des questions d'un ordre assez essentiel pour provoquer un examen réitéré et pour survivre, par l'intérêt qu'elles inspirent, comme par l'utilité qui s'y rattache, à l'influence des préjugés ou à la faveur temporaire accordée à d'autres sujets. La

question de la réunion immédiate est dans ce cas. Souvent controversée et diversement jugée, restreinte ou étendue dans ses applications, cette méthode thérapeutique n'a jamais pu être complétement abandonnée. Les efforts mêmes de ses détracteurs ont contribué à prouver son importance, et l'on peut dire que, depuis Celse jusqu'à nos jours, elle a été, entre les mains de ceux qui ont su s'en servir, une ressource puissante où la nature et l'art sont intervenus avec efficacité pour la guérison des plaies.

La période actuelle de l'art chirurgical nous semble exiger encore que les services de cette méthode soient rappelés. Elle est de nouveau en défaveur auprès de quelques chirurgiens éminents attachés à la recherche des moyens préventifs de l'inflammation des plaies. Accusée d'être infidèle ou même nuisible après les opérations majeures, la réunion immédiate a été non-seulement négligée, mais on a pris texte de sa prétendue impuissance pour répudier de la pratique les incisions qui semblent réclamer son emploi. On a accusé les plaies opératoires, telles qu'on les exécute habituellement, d'être une porte ouverte aux plus graves complications. Divers écrits récents tendent à prouver que le bistouri et le couteau du chirurgien doivent céder la place à d'autres moyens réputés inoffensifs, et qu'une réforme radicale dans la diérèse est nécessaire pour conjurer les accidents des grandes opérations chirurgicales. A Lyon, M. Bonnet [1] et ses élèves vantent la *cautérisation* sous diverses formes comme le moyen d'éviter les suppurations de mauvaise nature et les phénomènes de résorption qui leur succèdent ; à Paris, M. Chassaignac [2] propose, avec la même conviction et dans le même but, l'*écrasement linéaire* et l'instrument dont il est l'inventeur ; M. Middeldorpff [3] (de Breslaw) veut qu'on applique à bon nombre d'opérations la *galvano-caustique*, et, par un ingénieux et puissant appareil que nous avons vu fonctionner, il brûle et divise simultanément les tissus. D'autres préconisent outre mesure la section des parties par la *ligature*. Dans cette réaction contre l'instrument tranchant, on a été jusqu'à proposer de supprimer le couteau pour exécuter de grandes amputations, et l'on ne peut dire où s'arrêtera cette crainte exagérée du danger des incisions.

La thérapeutique chirurgicale recevrait-elle, sous l'empire de

---

(1) Voyez la remarquable Monographie du docteur Philippeaux sur la cautérisation, in-8, 1856.

(2) Traité de l'écrasement linéaire. Paris, 1856.

(3) Comptes rendus de l'Académie des sciences, octobre 1856.

pareilles appréhensions, une direction salutaire et réellement progressive? Sans méconnaître les vues intéressantes et les moyens ingénieux qui se rattachent aux efforts dont nous avons faits mention, nous nous croyons fondé à assurer que l'on possède depuis longtemps le moyen de résoudre le problème si laborieusement cherché par nos estimables contemporains. Il consiste dans la réunion immédiate dont l'école chirurgicale de Montpellier n'a cessé de divulguer les avantages et de perfectionner les règles. Au lieu de déposséder le chirurgien de l'arme salutaire avec laquelle il peut rendre tant de services, ne vaut-il pas mieux, en effet, assurer par une synthèse rationnelle l'action régulière que le bistouri seul peut accomplir dans la division de nos tissus? Tant qu'on admettra que l'instrument tranchant est, entre les mains du chirurgien prudent et exercé, le meilleur moyen d'enlever une tumeur, de retrancher un membre, de désunir les parties vicieusement adhérentes, de pratiquer des ponctions, des incisions, et en un mot toutes les opérations élémentaires qui sont la base de l'art, on n'aura point de prétexte plausible pour remplacer les incisions par un mode de diérèse plus défectueux. La réunion exacte des parties divisées est la meilleure manière de prévenir les accidents, et s'il y a quelque progrès à chercher, les efforts doivent se porter avec plus de profit sur le perfectionnement d'une méthode thérapeutique dont les services ont acquis pour nous le degré de l'évidence. Cette conviction a donné lieu à ce mémoire.

L'intérêt que l'école de Montpellier [1] a attaché à l'étude de la réunion immédiate provient de ce qu'elle est à la fois une question thérapeutique et une question physiologique, et qu'à ce double titre elle relève de la doctrine générale enseignée parmi nous. Dans ses procédés intimes et dans les phénomènes naturels qui la constituent, la réunion immédiate exprime de la manière la plus puissante la force plastique de l'organisme vivant, et se rattache par conséquent à la fonction de nutrition dont elle représente un des modes les plus élevés. Envisagée sur ce terrain de la physiologie, l'étude des phénomènes de la réunion immédiate fait voir que le concours de la nutrition, considérée comme acte curateur, n'est pas moindre que celui de l'absorption que Hunter avait nommé la chirurgie de la nature. La cicatrisation, c'est-à-dire la nutrition considérée en tant

---

(1) Voyez particulièrement les écrits de Delpech (Chirurgie clinique et Mémorial des hôpitaux du Midi), de Serre (Traité de la réunion immédiate), d'Estor (Notes du Traité des plaies de J. Bell).

qu'elle répare les solutions de continuité, est en antagonisme avec l'ulcération, qui est un des modes de l'absorption. L'une reconstitue, l'autre détruit, et ces deux fonctions sont les vrais et principaux moyens de la chirurgie naturelle. Le rôle des autres fonctions semble en quelque sorte moins direct, et c'est sans doute cette considération qui avait suggéré à John Bell cette assertion paradoxale que la connaissance de la réunion immédiate avait fait faire à la chirurgie plus de progrès que la découverte de la circulation du sang.

Si les phénomènes de la réunion immédiate sont réductibles en des phénomènes de nutrition, il est évident que la solution du problème de cette opération réparatrice consiste à établir pour elle des conditions aussi analogues que possible à celles de la nutrition normale. Or, celles-ci se lient à des circonstances anatomiques, à un concours fonctionnel régulier, et à des influences extérieures protectrices de cet acte physiologique. L'intégrité matérielle des parties où s'accomplit la nutrition, la liberté de circulation artérielle et d'influx nerveux, la soustraction au contact direct des corps extérieurs ou à leur action physique nuisible, rendent plus facile et plus régulier l'acte nutritif, lorsque préalablement l'état général de l'organisme est lui-même exempt de toute altération dynamique ou autre capable d'empêcher ou de troubler les actes plastiques. Créer pour la réunion immédiate, appliquée aux solutions de continuité qui sont du ressort de la chirurgie, des conditions qui s'en rapprochent autant que le permettent les différences nécessaires de l'état normal et d'une lésion accidentelle, tel est, tel doit être le but de l'art.

En dehors des conditions que l'on pourrait appeler majeures ou indispensables, telles que la libre communication des parties où doit s'accomplir la cicatrisation avec les centres vasculaires ou nerveux, il en est qui, sans être aussi nécessaires, n'en exercent pas moins un rôle très-important, et qui comptent d'autant plus parmi les éléments de succès, que le chirurgien dispose à son gré de leur application, et qu'il dépend de lui de diriger le traitement de certaines plaies de manière à obtenir une cicatrisation par granulation ou une cicatrisation immédiate. Ces conditions, que la chirurgie imitatrice peut réaliser, consistent principalement à mettre dans un contact exact, et sans interposition des corps étrangers, les bords et les parties profondes de la plaie, et de maintenir ce contact avec assez d'exactitude pour que les rapports restent constamment les mêmes, jusqu'à ce que l'organisation du plasma ait établi une adhérence solide entre les surfaces d'affrontement.

On connaît les précautions ordinaires recommandées et suivies

pour atteindre ce but. Le chirurgien ne doit négliger ni la position qui relâche les muscles voisins des surfaces à unir, ni les substances emplastiques qui font surtout adhérer les rebords cutanés de la plaie, ni les divers bandages qui assujettissent les parties, ni surtout la suture qui prend un point d'appui dans l'épaisseur même des tissus pour les unir plus exactement. En rappelant les règles classiques pour l'application de ces diverses ressources chirurgicales, nous dépasserions le cercle des considérations dans lesquelles nous voulons retenir l'esprit du lecteur. Notre but est surtout de prouver qu'aux moyens connus pour favoriser le travail naturel de la réunion immédiate, on peut encore ajouter quelques précautions nouvelles qui assurent, pour ainsi dire, l'efficacité de cette thérapeutique naturelle.

Le succès de la réunion immédiate appliquée au pansement des plaies simples, résultant d'une cause accidentelle ou produite par une opération chirurgicale, sera d'autant plus probable qu'on affrontera avec plus de soin les parties similaires en écartant toute cause d'inflammation locale. L'envahissement inflammatoire est la complication morbide la plus hostile à la réunion immédiate. Celle-ci n'exige du moins que ce degré si léger d'inflammation qui se confond presque avec la simple excitation nutritive normale et qui ne permet que l'exhalation plasmatique où paraissent les globules granuleux et où s'organisent promptement les vaisseaux de communication entre les surfaces à réunir. Si une violente et douloureuse fluxion s'établit sur la plaie, si elle devient un organe nouveau, producteur d'un blastème purulent, le travail cicatriciel est nécessairement retardé. Non-seulement la réunion immédiate échoue, mais la plaie et le travail morbide dont elle est le siége peuvent devenir le point de départ d'une série de phénomènes morbides compromettants pour la cicatrisation de la plaie et même pour l'existence du blessé. L'éloignement des chances d'inflammation constitue donc véritablement l'indication essentielle du traitement d'une plaie, et toutes les fois que la solution de continuité est disposée de telle sorte qu'on peut en réunir les deux moitiés respectives, sans courir d'ailleurs d'autres chances qui se rattacheraient à des conditions spéciales, le moyen le plus fidèle d'assimiler la région lésée à une région saine et d'y provoquer un travail de réunion comparable à l'acte physiologique de la nutrition, c'est d'affronter les parties en écartant la présence de tout corps étranger et en assurant cet affrontement de surface par des agents efficaces de synthèse locale.

Il y a longtemps que le problème qui consiste à prévenir ou à modérer dans les plaies le développement de l'inflammation défraye

d'une manière exubérante l'imagination des chirurgiens. L'insuffisance des pansements ordinaires pour obtenir la réunion des tissus à la suite des amputations ou d'un traumatisme accidentel a jeté les praticiens dans les essais les plus divers et quelquefois les plus excentriques. Depuis la position élevée des parties, déjà préconisée par Hippocrate et renouvelée par M. Gerdy, jusqu'à la constriction annulaire des moignons, sous le prétexte d'y modérer l'afflux des liquides; depuis l'absence de tout pansement jusqu'à l'enveloppement des parties sous des couches de charpie et de bandes protectrices, il n'est pas de précaution qu'on n'ait essayée ou vantée. Les uns ont demandé à l'action de la température locale l'influence préventive de l'inflammation. M. Jules Guyot préconisait l'air chaud à grand renfort d'ingénieux appareils, tandis que d'autres vantaient outre mesure les applications d'eau froide ou même celles d'eau frappée de glace pour éteindre le stimulus inflammatoire. Ceux-ci ne craignaient point l'action de l'air libre, tandis que ceux-là, redoutant dans l'air une cause chimique d'irritation, ont, à l'exemple de M. Lengenbeck, de Berlin, recommandé d'abriter les plaies sous l'eau, comme sous le protecteur le plus bénin du travail réparateur. D'autres ont cherché à modifier l'ensemble de la constitution pour la soustraire à la diathèse inflammatoire, soit par des saignées ou l'anesthésie préventive, soit par l'administration de divers contre-stimulants. Nous pourrions grossir ce catalogue des essais tentés et à reprendre pour venir en aide au travail de cicatrisation immédiate, si nous n'avions moins en vue d'énumérer ou de critiquer ces tentatives, que de prouver que la solution du problème n'est pas réellement aussi compliquée qu'on l'a prétendu, et que la véritable indication consiste à assimiler autant qu'on le peut les actes curateurs d'une plaie récente et non envahie par la suppuration, aux actes nutritifs naturels.

La recherche des moyens de remplir cette indication n'est ni difficile, ni introuvable, et l'expérience pratique nous autorise à penser qu'on néglige encore beaucoup trop la méthode de la réunion immédiate à l'aide de la suture et des auxiliaires de ce moyen synthétique. Au lieu de se jeter dans des voies étranges pour protéger les plaies; au lieu de leur créer un milieu spécial ou une atmosphère faite exprès, n'est-il pas plus simple de clore la solution de continuité, de l'effacer pour ainsi dire par un affrontement efficace, de ne donner pour topique aux surfaces saignantes que des surfaces de même nature, de les soustraire surtout au contact de tout corps étranger qui pourrait y susciter le développement inflammatoire;

en un mot, *d'assimiler autant que possible une plaie ordinaire à une plaie sous-cutanée simple?* Perfectionner les procédés connus et rationnels de la réunion immédiate nous paraît plus logique, plus facile et, hâtons-nous de l'ajouter, plus pratique que les essais tendant à changer le milieu où les plaies doivent subir leur travail de réparation organique.

Les détracteurs de la réunion immédiate ne sauraient, du reste, se féliciter de l'avoir abandonnée, puisqu'il résulte des relevés statistiques des grands hôpitaux où ce moyen est négligé, que la mortalité est toujours considérable à la suite des amputations et des grandes opérations de chirurgie. La variété même des expériences faites pour se passer de la réunion immédiate et pour écarter sans elle le développement de l'inflammation et le danger de ses suites, prouveraient, aussi bien que l'inefficacité de ces tentatives, que c'est à cette méthode qu'il faut revenir. Il ne lui manque d'ailleurs ni l'autorité des faits, ni l'appui des grands noms. On sait que, pour certaines écoles, l'adoption de la réunion immédiate s'est présentée avec toute l'ampleur et toute l'élévation d'un principe. L'école de Hunter et celle de Montpellier n'ont rien négligé pour sa démonstration; Delpech, en particulier, en avait fait sa cause chirurgicale et l'avait défendue avec une ardeur reconnaissable encore chez ses disciples, dont les convictions n'ont plus été ébranlées sur ce point [1].

Toutefois, la supériorité de cette méthode n'excluait point les perfectionnements partiels, et l'on ne peut méconnaître que tant en ce qui concerne le mécanisme physiologique de la cicatrisation et la notion exacte des métamorphoses plastiques, qu'en ce qui touche aux moyens chirurgicaux destinés à favoriser celles-ci, l'art n'ait fait des progrès réels. Depuis les travaux de Kaltenbrunner et de Wilson-Philips jusqu'à ceux de MM. Küss, Lebert et de l'école allemande sur la micrographie de l'inflammation et du néoplasme, on trouve des faits et des éclaircissements remarquables pour une théorie de la cicatrisation. D'une autre part, l'art chirurgical s'est enrichi d'une foule de moyens et de procédés ingénieux pour obtenir

(¹) Voici comment s'est exprimé à ce sujet le docteur Deville, dans une thèse de concours justement appréciée : « C'est à Montpellier surtout que la réunion immédiate devait triompher, sous le patronage du grand chirurgien Delpech qui s'établit son défenseur et l'intronisa si bien, que pendant longtemps, et même encore aujourd'hui, on a pu et l'on peut décorer en France la méthode de la réunion immédiate du nom de doctrine de l'école de Montpellier. » (Des différents modes de réunion et de cicatrisation des plaies (Thèse pour l'agrég., Paris, 1847).

ou simplifier la réunion des tissus divisés. A part les progrès de la chirurgie sous-cutanée, qui doit à M. Guérin une nouvelle et forte impulsion, ne possède-t-on pas, dans un ordre plus modeste, de nouveaux procédés de suture, de nouvelles substances adhésives telles que le collodion, de nouveaux moyens unissants tels que les serres-fines et leurs modifications? Ces perfectionnements suffisent pour prouver que les efforts des anciens partisans de la réunion immédiate ne sont pas restés stériles, et les bons résultats qu'on en a obtenus doivent encourager de nouveaux efforts pour perfectionner la méthode de la réunion immédiate, et étendre le cercle et la portée de ses applications.

Parmi les essais de ce genre qui ont eu lieu à la clinique de Montpellier, nous citerons spécialement ceux que nous avons tentés depuis environ dix ans, soit pour libérer l'intérieur des plaies des corps étrangers représentés par les fils à la ligature, soit pour étendre l'action de la suture aux parties les plus profondes des plaies, et remédier ainsi à ces écartements intérieurs où s'accumulent les liquides nuisibles au travail de cicatrisation.

1. *Issue directe des fils à ligature à travers la peau.* — Depuis que l'emploi de la ligature des vaisseaux s'est généralisé dans la pratique de la chirurgie, on a reconnu que si l'action hémostatique de ce moyen laissait peu à désirer, la présence du fil dans l'épaisseur des parties constituait une cause d'irritation qui n'était pas sans inconvénient pour la réunion.

Le problème d'une harmonie complète entre les moyens hémostatiques et les moyens unissants a suscité des essais variés, et la solution n'est pas encore obtenue. Pour faciliter la tolérance des tissus à l'égard des fils à ligature, on a changé tantôt la forme, tantôt la nature des liens. On a modifié leur volume; on a disposé les nœuds ou les chefs des fils de diverses manières; enfin, on a cherché à substituer à la ligature elle-même des procédés particuliers qui supprimaient tout corps étranger. La torsion des artères, leur refoulement, la perplication, les mâchures, sont tout autant de moyens à l'aide desquels on a tenté d'exonérer la plaie d'un contact irritant; mais si l'on en excepte la torsion, encore applicable aux artères d'un petit volume, et dans certains cas particuliers, les moyens de ce genre n'ont obtenu aucune faveur dans la pratique, tant en raison de leur infidélité qu'à cause de certaines difficultés de leur exécution. Eu égard au volume des liens, on a dû renoncer aux fils plats ou trop volumineux, et se borner à ceux dont le degré de finesse permet d'obtenir la force nécessaire pour diviser les tuniques in-

ternes des artères sans altérer trop promptement la tunique celluleuse. Le choix de la substance des fils, après avoir oscillé entre des corps de nature très-opposée, depuis les ligatures animales dont on avait en vain espéré la résorption, jusqu'aux liens métalliques, qu'on croyait devoir être facilement tolérés, s'est enfin fixé sur des fils de lin ou de chanvre, qui présentent simultanément de la souplesse et de la résistance, mais irritent nécessairement les tissus en raison de leur nombre et de la longueur du trajet qu'ils parcourent depuis leur point d'application jusqu'à leur point de sortie.

Cet inconvénient ne pouvait être méconnu ; aussi l'histoire chirurgicale moderne nous fournit-elle encore sur ce point la trace de nombreuses tentatives pour affaiblir les chances d'irritation dues à la présence des ligatures dans l'intérieur de la plaie. Delpech s'était décidé, dans les premiers temps de sa pratique nosocomiale, lorsqu'il voulait prévenir l'envahissement des plaies d'amputation par la pourriture d'hôpital, à couper les deux bouts de fil tout près du nœud et à attendre les conséquences ultérieures de quelques abcès éliminateurs. Cette manière d'agir, que Lawrence avait aussi recommandée, ne pouvait devenir usuelle. L'extraction des fils importe à la sécurité du résultat, et ce but a fait prévaloir l'habitude de couper l'un des bouts du fil près du nœud, afin d'en laisser la moindre quantité possible dans la plaie, et de ramener l'autre bout à l'extérieur, où on le fixe avec un agglutinatif. Au lieu d'éconduire les ligatures isolément, certains chirurgiens les réunissent en faisceau, qu'ils dirigent vers le point déclive de la plaie, sacrifiant ainsi la cicatrisation immédiate du point où aboutit le paquet, dans l'espoir de la favoriser dans le reste de la ligne de réunion.

Quel que soit le mode que l'on adopte, la présence de chaque ligature provoque dans le point qu'elle occupe une inflammation d'un degré supérieur à celui qui est nécessaire pour l'adhésion. Une traînée de suppuration se manifeste, et si les fils sont nombreux, ce travail morbide se généralise en faisant échouer la réunion immédiate. Il est évident que cette possibilité est corrélative à la longueur du trajet parcouru par les liens, et, en somme, à la masse totale qu'ils représentent en qualité de corps étrangers emprisonnés dans la plaie. Ainsi, lorsque celle-ci est profonde et que les fils sont en contact avec beaucoup de tissus, avant de parvenir à l'extérieur comme dans certaines amputations à lambeaux, ou après l'ablation de tumeurs qui laissent un vide considérable dans l'épaisseur des parties, nul doute que l'irritation qui résulte de leur présence ne soit un obstacle sérieux au succès de la réunion immédiate.

Nous avons pensé qu'on pouvait remédier à cet inconvénient en supprimant le long trajet des fils dans l'intérieur des plaies. Au lieu de les ramener de leur point d'application jusqu'aux bords de la plaie, il suffit de les diriger par le chemin le plus court vers l'extérieur, à travers l'épaisseur même de la peau.

Pour opérer ce dégagement direct des ligatures, nous agissons de la manière suivante :

Chaque vaisseau émettant assez de sang pour produire une hémorrhagie, ou même un simple suintement capable de compromettre la réunion immédiate, est lié avec soin. Le fil dont nous nous servons ne doit pas être volumineux, les fils de soie suffisent pour les petits vaisseaux. Lorsque le nœud de la ligature est bien assujetti, un chef de fil est coupé très-près de ce nœud ; l'autre chef, qu'on doit avoir le soin de laisser assez long, est passé dans le chas d'une aiguille droite, dont on se sert pour percer directement la peau et d'autres tissus, s'il y a lieu, en l'enfonçant très-près du point d'application de la ligature, de manière à ramener celle-ci au dehors par la voie la plus courte. La même manœuvre est répétée pour chaque ligature, en sorte qu'aucun fil ne vient correspondre aux lèvres de la plaie, dont la réunion peut être faite avec toute la précision désirable. Lorsque l'action du fil sur le vaisseau est épuisée, on l'extrait directement par la petite ouverture cutanée qui lui donne issue et qui se cicatrise elle-même avec promptitude.

Ce procédé, qui nous est devenu familier à l'hôpital Saint-Eloi, a été mis très-souvent en pratique. Nous ne lui avons jamais trouvé d'inconvénients, et en retour, il nous a permis de vérifier l'influence favorable qu'il exerce sur le succès de la réunion immédiate. Nous nous contenterons de le prouver par les deux faits suivants qui concernent l'un et l'autre une amputation du bras.

Obs. I. *Tumeur blanche du coude gauche ; amputation. Issue des fils à ligature à travers la peau. Prompte guérison.* — Grégoire, âgé de vingt-six ans, né à Aigues-Mortes, est entré à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, le 25 novembre 1852. Cet homme, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution détériorée par une nourriture insuffisante, contraint par la fatigue de sa profession de pêcheur de subir fréquemment l'influence de l'humidité, et exposé d'ailleurs à des tiraillements ou à des secousses habituelles brusques, produites dans les articulations des membres supérieurs par l'action de ramer, ressentait déjà depuis un an des douleurs assez vives dans le coude gauche. N'ayant pu discontinuer aussitôt son travail, il en était résulté une aggravation dans la douleur, qui ne tarda pas à être suivie de gonflement et bientôt d'impossibilité dans les mouvements. Au moment de son admission à l'hôpital, l'avant-bras était à l'état de flexion permanente sur le bras. La région huméro-cubitale était tuméfiée, surtout en arrière et sur les côtés de l'olécrane. Les mouvements étaient

impossibles ; un abcès, formé vers l'épicondyle, avait donné lieu à un trajet fistuleux, d'où suintait habituellement un liquide séro-purulent. L'exploration de ce trajet, au moyen d'un stylet, nous fit reconnaître que les os étaient rugueux, ramollis, pénétrables même, et que la tumeur blanche avait atteint une période déjà avancée. L'état général était cependant assez satisfaisant, malgré la diminution des forces. Du moins le malade avait de l'appétit; le sommeil était bon, la fièvre presque nulle, et les viscères étaient exempts de lésions importantes.

Après avoir inutilement mis en usage quelques remèdes internes, tels que l'huile de foie de morue, le muriate d'or, et avoir employé, sans plus d'avantages, divers moyens locaux, notamment des frictions iodurées, des vésicatoires, des cautères, des douches et la compression, l'amputation fut proposée au malade comme la seule ressource.

Cette opération fut pratiquée le 31 mars. Après avoir anesthésié le malade, chaque aide se disposa à remplir sa tâche, et l'amputation circulaire du bras fut exécutée d'après les règles habituelles. Les artères furent liées avec soin, de manière à absterger exactement la plaie, et nous jugeâmes à propos, vu le nombre des ligatures qui s'élevait à six, et pour prévenir l'inflammation que leur présence pouvait occasionner, d'en débarrasser la plaie par l'application de notre procédé. Un chef de chaque ligature ayant été coupé près du nœud, l'autre chef fut engagé dans le chas d'une aiguille lancéolée, et celle-ci ayant piqué la peau de dedans en dehors, aussi près que possible du nœud correspondant, servit à dégager le fil, qui fut fixé sur la face épidermique de la peau, à l'aide d'une lanière de sparadrap. La plaie fut alors réunie de manière à obtenir une ligne d'adhésion transversale, et des points de suture entrecoupée, placés à 2 centimètres de distance, servirent à assujettir les lèvres de la plaie dans un contact d'autant plus exact qu'aucune ligature n'ayant été ramenée dans leur intervalle, rien ne s'opposait au travail régulier d'adhésion. Des bandelettes agglutinatives, des plumasseaux et quelques tours d'un bandage contentif complétèrent le pansement. L'ensemble de l'opération n'avait occasionné aucune douleur.

Aucun phénomène particulier, si ce n'est un peu de céphalalgie et d'agitation, ne se manifesta dans les premiers jours de l'opération. Le 4 avril, l'appareil fut enlevé, et déjà la cicatrisation paraissait en bonne voie ; quelques gouttes de pus existaient à peine au niveau des fils; les pièces d'appareil n'étaient imbibées que d'une médiocre quantité de sérosité. Deux fils à ligature, qui avaient servi à étreindre des artérioles, et qui correspondaient au côté externe du moignon, furent enlevés. Dès le huitième jour, la cicatrisation était complète ; elle avait eu lieu sans suppuration et elle ne cessa de se maintenir avec ce caractère dans le moignon ; les points de suture et trois fils à ligature furent enlevés ; le dernier, qui correspondait à la ligature de l'artère humérale, et qui avait été distingué des autres, ne fut détaché que le dixième jour. A dater de ce moment, le moignon et le bras ne furent plus en cause ; il était évident que la plaie d'amputation était guérie. Le séjour du malade à l'hôpital se prolongea néanmoins, parce qu'un érésipèle se déclara sur les parois de la poitrine, sans avoir pris son point de départ au moignon et sans s'étendre ultérieurement vers lui. Cette complication, indépendante de l'opération et qui fut sans influence sur ses résultats, ne menaça point la vie du malade qui ne tarda pas à se rétablir et sortit bientôt après de l'hôpital.

Un résultat plus difficile encore que le précédent est exprimé par le récit de l'opération suivante, que nous avons pratiquée sur un soldat de l'armée d'Orient.

Obs. II. *Coup de feu à l'avant-bras gauche; pourriture d'hôpital; complications diverses. Amputation du bras avec dégagement direct des fils à ligature à travers la peau. Guérison en six jours.* — Guilloux (François), âgé de vingt-six ans, soldat au 2e régiment de zouaves, admis à l'hôpital Saint-Eloi, le 10 août 1855, était atteint d'une fracture avec plaie de l'avant-bras gauche, à la suite d'un coup de feu reçu le 18 juin, sous Sébastopol, pendant un service à la tranchée. La balle avait écorné le bord externe du cubitus et fracturé le radius. Transféré en France après les premiers soins, ce malade fut atteint, pendant la traversée, de la pourriture d'hôpital qui régnait sur le bateau de transport. Dès son entrée à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, on reconnut que la pourriture présentait la forme pulpeuse, et elle fut énergiquement traitée à plusieurs reprises par la cautérisation au fer rouge. Cette complication céda, mais la plaie ne tendait pas à la cicatrisation; quelques esquilles sortaient de temps en temps, et une fluxion inflammatoire très-douloureuse régnait dans tout l'avant-bras. Il fallut ouvrir plusieurs abcès et faire des débridements. Une fièvre intense minait le malade dont la sensibilité était exaltée au plus haut degré. Nous crûmes cependant devoir temporiser, combattre les symptômes prédominants et tenter la conservation du membre. Quelques accès de fièvre intermittente se déclarèrent et furent enrayés par le sulfate de quinine. Mais, à la période d'excitation précédemment indiquée, succéda une prostration profonde; le mal local, sans s'aggraver, ne cédait pas. Le stylet, introduit par les ouvertures des abcès, indiquait la dénudation des os. Une suppuration sanieuse et l'aspect blafard de la plaie, que ne pouvaient corriger ni l'emploi local et général du quinquina, ni l'administration de divers toniques, indiquaient de plus en plus que les efforts de conservation du membre deviendraient stériles et qu'un plus long délai exposerait le malade aux conséquences mortelles de la fièvre hectique. L'amputation fut résolue et courageusement acceptée par le blessé.

Le 16 janvier 1856, Guilloux fut transporté dans la salle des opérations et soumis aux inhalations anesthésiques. L'engorgement des tissus de l'avant-bras ne permettant pas d'amputer dans la hauteur ni dans l'articulation supérieure de cette partie, c'est à l'amputation du bras au tiers inférieur que l'on dut procéder. Les aides étant disposés et l'artère comprimée, j'amputai d'après la méthode circulaire et d'après les règles ordinaires. Le moignon étant épongé pour reconnaître les artères qui pouvaient donner du sang, je fis trois ligatures et j'eus le soin de couper près des nœuds l'un des bouts du fil. Le bout conservé fut passé par le chas d'une aiguille, et en piquant avec celle-ci la portion de peau qui, dans la clôture de la plaie, venait s'appliquer sur le point où aboutissait l'artère, je fis sortir ces fils par des ouvertures très-petites et diversement éloignées de la ligne de réunion des lèvres de la plaie, j'eus ainsi l'avantage de ne pas faire parcourir un long trajet à ces fils et de ne pas gêner la cicatrisation des bords de la plaie, en exonérant la ligne de réunion de la présence de tout corps étranger. Le suintement étant nul après ces ligatures, le pansement par occlusion put être pratiqué dans sa rigueur, de manière à transformer la surface du moignon en plaie sous-cutanée. Un nombre suffisant de points de suture entrecoupée, des bandelettes agglutinatives et un pansement contentif réalisèrent ce résultat.

Le membre amputé nous montra une infiltration purulente des parties molles de l'avant-bras. La fracture du radius n'était pas consolidée, et les bouts correspondants des fragments étaient arrondis. Le fragment supérieur était environné de pus; son périoste se décollait avec facilité, et son tissu, ramolli par l'inflammation et modifié dans sa texture, semblait avoir contracté une mollesse élastique qui permettait de le déprimer ou même de l'incurver légèrement. L'articulation du coude était remplie de synovie; celle du poignet était envahie par l'inflammation. Les muscles de l'avant-bras étaient atrophiés et décolorés.

Débarrassé d'une lésion aussi grave, le malade goûta du repos, le jour même de l'opération. Une potion, administrée par cuillerées, contribua à ce calme, qui se prolongea pendant la nuit et ne fut pas troublé par la fièvre.

Le 17, le facies est bon, l'abattement est moins marqué; le pouls, qui était filiforme avant l'opération, se relève un peu. Les pièces de pansement ne sont pénétrées ni de sang ni de sérosité sanguinolente. (Bouillon, tilleul gommé.)

Le 18, cet état d'amélioration se soutient et progresse même.

Le 19, le malade a bien dormi; sa figure est meilleure; le pouls reprend plus d'ampleur et de résistance. On change les pièces extérieures de pansement, bien qu'elles ne soient pas souillées.

Le 21 janvier, deuxième pansement. Suppuration presque nulle. La réunion commence à se faire suivant une ligne exacte. On détache quelques points de suture, et le contact des bords de la plaie est maintenu par des bandelettes.

Le 23 janvier, la réunion est assurée; les autres points de suture sont enlevés. Il n'y a pas de suppuration. L'un des fils à ligature se détache et est entraîné à travers la peau. Les autres fils ne sont extraits que plus tard.

A partir du septième jour, la plaie est réellement guérie, les bandelettes sont supprimées; on ne fait plus que des pansements protecteurs, et à de longs intervalles. La plaie ne fournit pas de suppuration; dans un point seulement un bourgeon charnu donne un léger suintement sanguinolent. Le malade, soumis à un régime analeptique, reprend de plus en plus de la vigueur. Des formalités à remplir pour régulariser sa réforme le retiennent à l'hôpital jusqu'au 21 février.

Ces faits, recueillis presque au hasard parmi beaucoup d'autres, tendent à démontrer que la précaution dont nous cherchons à prouver l'utilité est réellement efficace pour simplifier le travail naturel de répartition à la suite des opérations. On peut ainsi clore exactement la plaie par le rapprochement de ses lèvres, que l'interposition des ligatures ne sépare dans aucun point; et si on a eu le soin d'extraire exactement tous les fils de la peau, de manière à n'avoir dans le fond de la plaie qu'un nœud trop exigu pour y jouer réellement le rôle de corps étranger, on se placera dans les meilleures conditions pour favoriser et abréger la guérison. Dans l'un des cas rapportés elle a été obtenue en six jours. C'est, nous croyons, le délai le plus court qu'on puisse constater pour une amputation d'une certaine importance. Nous avons récemment vérifié le même résultat, à la suite de la désarticulation du cinquième

métacarpien. Les fils à ligature dégagés à travers l'épaisseur du lambeau n'avaient pu troubler le travail d'adhésion, ni dans le fond, ni sur les bords de la plaie, qui s'était cicatrisée sans suppuration. On doit reconnaître un autre avantage dans cette issue directe des fils à ligature à travers la peau : c'est celui d'éviter leur confusion. On sait qu'il est quelquefois difficile, pendant les premiers pansements, d'en opérer le triage, lorsqu'on les a ramenés collectivement vers un angle ou dans un point quelconque de la plaie. Non-seulement cette sorte de corde fait l'office d'un véritable séton, qui provoque nécessairement la suppuration ; mais lorsqu'après plusieurs jours le moment est venu d'exercer de légères tractions sur les fils, pour faciliter leur extraction, l'impossibilité de déterminer à quel vaisseau lié correspond chaque fil expose à tirer inopportunément ceux qui, fixés sur les plus grosses artères, ne doivent tomber que les derniers. Cet inconvénient ne saurait exister dans le procédé que nous préconisons. Chaque fil ayant sa place déterminée, on reconnaît à quel vaisseau il correspond, et on ne saurait être exposé à opérer des tractions prématurées sur ceux qui répondent aux plus gros vaisseaux, et dont la chute trop prompte pourrait provoquer une hémorrhagie.

La suppression ou l'amoindrissement des chances d'irritation due à la présence des ligatures, dans l'intérieur des plaies traitées par la réunion immédiate, ne sont pas le seul moyen d'assurer le succès de cette méthode ; il faut que la réunion elle-même soit complète, soutenue, efficace, et ce dessein impose de nouvelles précautions.

(La fin au prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Observations et expériences sur la méthode de déplacement comme moyen de préparer les teintures alcooliques et les vins médicinaux.

Par M. H. Buignet.

Les avantages de la méthode de déplacement pour épuiser une substance médicamenteuse des matériaux solubles qu'elle renferme, et pour présenter ces matériaux sous forme d'une liqueur aussi concentrée que possible, sont tellement bien reconnus aujourd'hui, qu'il serait inutile d'y revenir et de rechercher même à les confirmer par de nouvelles expériences. Mais cette méthode ne renferme-t-elle aucune cause de variation ou d'incertitude, est-elle

assez précise pour donner toujours le même produit dans les mêmes circonstances ? C'est par suite des craintes qui ont surgi à cet égard qu'elle n'a pas été appliquée à la préparation des teintures alcooliques et des vins médicinaux. On a pensé que le mélange des couches liquides signalé par M. Guillermond, que l'état hygrométrique des poudres, que le degré variable de leur finesse ou de leur tassement devaient exercer une influence nécessaire sur l'action dissolvante du véhicule et modifier plus ou moins la nature des résultats obtenus.

Telles ne sont pas, comme on va le voir, les conclusions auxquelles a été conduit M. Buignet, après des longues recherches, dont il vient de consigner le résultat dans le dernier numéro du Journal de pharmacie et de chimie. Il résulte, au contraire, de ses recherches :

1° Que la méthode de déplacement proposée par MM. Boullay pour la préparation des teintures alcooliques fournit des produits tout aussi constants que le procédé de la macération ordinaire.

2° Que l'augmentation qu'elle détermine dans la proportion des matériaux dissous est en effet très-considérable, puisqu'elle s'élève au quart du poids de ces matériaux dans le cas ordinaire où l'on emploie quatre parties d'alcool, et qu'elle irait même jusqu'à la moitié si l'on réduisait la proportion de ce liquide à trois parties seulement.

3° Que le dépôt qui se forme instantanément et en quantité considérable dans les teintures par déplacement, est constitué par une combinaison dans laquelle entre toujours pour une part plus ou moins notable le principe actif des substances médicamenteuses.

4° Que la quantité qu'elles en retiennent à l'état de dissolution, à la faveur de l'extractif dont elles sont très-chargées, n'est pas sans importance pour leur action médicale, puisqu'elle leur donne la propriété de précipiter plus abondamment par la solution aqueuse de tanin.

5° Que les causes de variation qui ont été signalées comme rendant la méthode de déplacement incertaine et défectueuse, ne sont rien en comparaison de celles qui tiennent à la condition de température, et qui sont par conséquent indépendantes de la méthode elle-même. L'expérience montre que, pour la teinture de quinquina, la différence peut aller jusqu'au 1/15 du poids des matériaux dissous, suivant qu'elle est préparée en été ou en hiver.

6° Que la proportion de trois parties d'alcool que MM. Boullay ont trouvée plus que suffisante pour épuiser une partie de quinquina, suffit également pour épuiser une partie des autres sub-

stances, tandis qu'il en faut quatre parties et même cinq dans le procédé ordinaire de la macération.

7° Que si l'on adoptait l'usage de préparer les teintures par déplacement et avec trois parties d'alcool seulement, les produits obtenus représenteraient, beaucoup mieux que les teintures actuelles, la partie active des substances médicamenteuses rassemblée sous un petit volume et dégagée de toute la portion d'alcool qui n'est pas nécessaire à sa conservation.

8° Enfin, que la méthode de déplacement est encore celle que l'on doit préférer dans la préparation des vins médicinaux, puisque, donnant des produits tout aussi constants que la macération ordinaire, elle les donne plus riches en matériaux solubles, et surtout en matériaux précipitables par le tanin.

Nouvelle préparation de l'onguent mercuriel.

Par M. Coldefier, chimiste à Genève.

Le procédé que je vais indiquer est une découverte uniquement due au hasard. Dans une de mes recherches sur l'ozone, en approchant, une chandelle à la main, de mon appareil, pour en mieux saisir la marche, quelques gouttes de suif tombèrent dans une capsule contenant du mercure, chauffée par le courant d'une pile de Volta. Je maudissais ma maladresse. Mais, quel fut mon étonnement, lorsque je vis mon globule de suif prendre un mouvement gyratoire, se colorant en gris; la vitesse augmentait avec la coloration : j'interceptai le courant, et le globule s'arrêta; je l'enlevai délicatement avec une petite cuiller à analyses, et m'assurai, après le refroidissement, que j'avais une petite quantité d'un onguent mercuriel parfaitement préparé, dans lequel il me fut impossible d'apercevoir, même à l'aide d'une loupe achromatique double, le plus petit globule métallique.

Il me vint naturellement à l'esprit que ce phénomène ne pouvait être produit que par la présence de l'ozone, au milieu duquel le mercure se trouvait. En effet, le suif s'étant ozonisé dans l'atmosphère de ce gaz, absorbe le mercure par une action toute mécanique, c'est-à-dire par le frottement du sphéroïde adipeux sur le métal.

Pour ne pas prolonger inutilement ces lignes, laissant de côté mes nombreux tâtonnements à ce sujet, j'en viens de suite à une formule, dont le résultat est aussi certain que facile à exécuter.

On met dans une capsule de porcelaine spacieuse 500 grammes

d'axonge percée de trous, afin d'en multiplier les surfaces, et l'on place 15 grammes de phosphore dans un vase suspendu à un fil au-dessus de l'axonge : le tout est recouvert d'une cloche de verre, et, après quinze jours de contact, l'ozonisation est terminée. Cette graisse ainsi préparée est introduite dans un flacon à large ouverture, puis liquéfiée au bain de sable, à une température de 90 degrés centigrades. On chauffe alors légèrement 125 grammes de mercure, et l'on verse brusquement dans l'axonge; on agite alors énergiquement pendant quelques minutes, et l'opération se termine en plongeant brusquement le flacon dans un vase d'eau froide.

Topique contre l'eczéma de la face dans l'enfance.

M. le docteur Behrend, dans une note sur le traitement de l'eczéma, recommande contre les plaques si nombreuses qui couvrent souvent la face des enfants l'emploi du mélange suivant .

Huile de foie de morue.................	15 grammes.
Carbonate de soude....................	2 grammes.

M. S. A.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Rétention d'urine provoquée par de hautes doses de sulfate de quinine.

Dans votre numéro du 15 octobre dernier (t. LI, p. 325), vous signalez les accidents produits par l'administration du sulfate de quinine contre l'intermittence dans les affections des voies urinaires, accidents sur lesquels M. Ségalas appelait l'attention de ses collègues de la Société médico-chirurgicale. Suivant ce distingué confrère, l'emploi du sel fébrifuge, prescrit dans le but de triompher des accès fébriles intermittents, chez un de ses clients, aurait suffi pour développer une cystite, alors que ce malade n'avait éprouvé antérieurement aucune atteinte de cette maladie, et pour révéler les symptômes de la pierre. D'après ce fait, il concluait que ce médicament pouvait déterminer une inflammation de la muqueuse des voies urinaires. Permettez-moi de venir corroborer l'assertion de M. Ségalas, en publiant une observation nouvelle de cette influence fâcheuse du sulfate de quinine.

M. S..., propriétaire, âgé de quarante-six ans, d'une constitution robuste, fut affecté, au début de l'été de 1856, d'une fièvre intermittente. Le médecin ordinaire du malade s'empressa de couper

court aux accès, en prescrivant une potion contenant 1 gramme de sulfate de quinine, aiguisé avec quelques gouttes d'acide sulfurique. Le lendemain, la fièvre n'ayant pas disparu, le sel fébrifuge fut porté à 1 gramme 50 centigrammes, et la potion prise à doses fractionnées, c'est-à-dire par cuillerées à bouche d'heure en heure. Six heures environ après la dernière cuillerée de la solution médicamenteuse, de vives douleurs se firent sentir dans la région hypogastrique, accompagnées d'envies fréquentes d'uriner. La miction fut impossible, et le ténesme vésical était tellement intense qu'il faisait pousser de hauts cris au patient. Après douze heures d'attente inutile, le malade, ne pouvant résister davantage aux douleurs provoquées par sa rétention d'urine, me fit appeler. Je le trouvai dans un état d'abattement extrême, le pouls petit, serré, le bas-ventre tendu et douloureux à la pression. L'indication était urgente et je voulus pratiquer le cathétérisme, mais il me fut impossible de pénétrer dans la vessie.

Le malade m'apprit alors que, depuis une blennorrhagie qu'il avait contractée vingt années auparavant, il avait vu le jet de ses urines diminuer beaucoup de volume; mais que jusqu'ici son rétrécissement n'avait eu d'autre résultat que de rendre la durée de la miction plus longue et qu'il n'en avait jamais souffert. Cette rétention d'urine était le premier accident qu'il subissait, et il croyait devoir le rapporter à la médication quinique à laquelle on l'avait soumis.

La présence du rétrécissement ne permettant pas à ma sonde de pénétrer dans la vessie, et n'ayant pas d'instrument propre à vaincre cet obstacle, je prescrivis un bain de siége prolongé, puis au sortir du bain des frictions sur les régions hypogastrique et périnéale avec une pommade fortement belladonée, que l'on devait répéter tous les quarts d'heure. Il fut introduit en même temps dans le rectum gros comme une noisette de cette pommade, afin de combattre le spasme du col de la vessie. Après quatre heures de persistance dans l'emploi de ces moyens, le malade put vider complétement sa vessie.

La famille, effrayée par l'acuité des souffrances éprouvées par le malade et l'impossibilité où je m'étais trouvé de pratiquer le cathétérisme, avait fait demander en consultation un chirurgien de Toulouse, M. Dieulafoy. Lorsque notre savant confrère arriva près du malade, il le trouva soulagé par l'abondante miction qui avait eu lieu; il restait à voir si, plus heureux que moi, il parviendrait à franchir le rétrécissement de l'urètre. Malgré le petit calibre et la

flexibilité des sondes dont il s'était muni, l'habile chirurgien ne put pénétrer dans la vessie. Il fallut donc s'en tenir à l'emploi des moyens propres à combattre l'orgasme vésical. Aux effets de la saignée du bras, que j'avais pratiquée dans le but d'aider à la détente, il fut convenu qu'on ajouterait une application de dix sangsues au périnée, puis 10 centigrammes d'extrait thébaïque divisés en quatre pilules, qui devaient être prises d'heure en heure. On devait continuer l'usage des bains de siége, des lavements et des cataplasmes.

Au bout de huit jours, le malade se trouva assez bien pour qu'on pût aborder le traitement de son rétrécissement. Une bougie de la plus petite dimension put être introduite, et, tous les trois jours, on en substitua une d'un calibre plus considérable ; enfin, après un mois de dilatation progressive, on arriva à faire franchir au rétrécissement les instruments les plus volumineux.

Le traumatisme subi par l'urètre n'avait pas enrayé les accès de fièvre intermittente, de sorte que, tout en continuant l'action mécanique sur le point rétréci du canal, il fallut continuer l'administration du sel fébrifuge, mais il fut donné à dose très-faible, et additionné d'opium et de camphre.

Après un mois de ce traitement complexe, le malade avait recouvré une santé parfaite, qui ne s'est pas démentie depuis.

A quelle cause rapporter l'apparition de la fièvre intermittente chez ce malade ; était-elle symptomatique de la lésion des voies urinaires ou provoquée par des effluves paludéens ? Notre localité est située sur un lieu élevé et bien aéré ; mais au centre du village existe une sorte d'étang formé par l'écoulement des eaux pluviales. Pendant les grandes chaleurs de l'été, cette pièce d'eau est presque à sec, et laisse à nu un fond de vase épaisse, constituée par les immondices que charrient les ruisseaux ; il s'en exhale des émanations d'une odeur infecte, produites par la décomposition des détritus. Or, la maison qu'habite notre malade est située dans le voisinage de ce cloaque ; il n'habite cette campagne que l'été, se lève de grand matin et se promène au sein d'une atmosphère alors qu'elle est le plus chargée de miasmes. Ainsi, existence d'effluves paludéens, promenades au moment où ceux-ci sont le plus abondants, non-accoutumance au milieu palustre, voilà bien des causes qui permettent de dire que la fièvre intermittente dont M. S... était affecté n'était pas symptomatique de l'état des voies urinaires. La phlegmasie de ees organes peut bien provoquer des accès fébriles intermittents, mais il faut pour les déterminer une cause occasionnelle, une ac-

tion traumatique, et, ainsi que vous l'avez fait remarquer, c'est un cathétérisme qui le plus souvent en amène l'explosion.

L'emploi du sulfate de quinine était donc indiqué chez M. S...; je ne ferai pas non plus le reproche au confrère appelé à traiter le malade de ne pas l'avoir interrogé sur l'état fonctionnel de ses voies urinaires; cet oubli, nous le commettons tous, et tous les jours. Mais était-il indispensable, pour combattre une fièvre intermittente simple, de recourir à des quantités aussi élevées de sel de quinine? c'est une question que je me borne à poser. Si l'on avait soumis le malade aux doses habituelles du médicament fébrifuge, nul doute qu'on fût parvenu à triompher des accès fébriles, sans provoquer cet état d'orgasme du canal de l'urètre.

Ces effets fâcheux des hautes doses de sulfate de quinine sur les phlegmasies latentes des voies urinaires se sont présentés récemment encore chez deux jeunes filles de ma localité. Le médicament administré d'emblée, à la dose de 1 gramme, dans le but de couper des accès de fièvre intermittente, a déterminé chez toutes les deux une grande difficulté d'uriner pendant quarante-huit heures.

Ces faits, réunis à ceux que M. Méandre-Dassit a publiés dans ce journal (*Bull. de Thérap.*, t. XV, p. 248), témoignent donc de l'influence fâcheuse de l'alcaloïde du quinquina, et deviennent un motif pour les praticiens de ne pas employer de hautes doses du médicament avant de s'être informés de l'état des voies urinaires du patient.

Toutefois, si mon expérience me conduit à me ranger de l'avis de M. Ségalas, c'est-à-dire à conclure avec lui à une certaine réserve dans l'administration du sulfate de quinine chez les malades atteints de phlegmasies vésicales, nous nous garderons bien de combattre votre sage remarque de ne tenir aucun compte de ces effets fâcheux, dans les cas où les accès intermittents présentent le caractère pernicieux. L'existence même du malade est exposée à un danger si pressant, que toute crainte de produire une aggravation passagère de l'état des voies urinaires doit disparaître.

C'est l'abus et non l'usage des hautes doses que nous croyons devoir combattre.

BRUN, D. M.
à l'Herm (Haute-Garonne).

BIBLIOGRAPHIE.

Eaux de Plombières, clinique médicale, première année, rhumatisme; deuxième année, des paralysies (hémiplégie, paraplégie, irritation spinale, myélite), et de leur traitement par les eaux thermo-minérales de Plombières, par le docteur Lhéritier, inspecteur adjoint des eaux de Plombières, chevalier de la Légion d'honneur, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris, etc.

Après avoir été longtemps délaissées, les eaux minérales reprennent enfin, aux yeux de la science, l'importance qu'un pur empirisme leur a toujours reconnue, et qu'elles méritent assurément. Ce retour salutaire à l'étude méthodique de cette branche importante de la thérapie, c'est incontestablement aux applications de la chimie, à la physiologie saine ou morbide qu'il faut principalement l'attribuer. Cependant, tel est l'imprévu qui s'attache aux recherches qui s'appliquent aux objets les mieux définis, que ces recherches, à mesure qu'elles se développent et qu'elles demandent à la physique la confirmation de leur conception exclusive, n'arrivent, au point de vue thérapeutique, qu'à des résultats d'une importance problématique. Il serait trop long et parfaitement inutile de rappeler ici les travaux de valeur fort diverse, dans lesquels cette conclusion presque complétement négative s'est plus ou moins rigoureusement formulée; nous nous contenterons, en commençant l'analyse succincte du travail du médecin de Plombières, de dire que lui aussi subordonne, et de très-loin, l'étude chimique et l'étude médicale empirique, dans la détermination de l'action thérapeutique des eaux dont il se fait l'historien.

Ce n'est pas que M. Lhéritier ne reconnaisse, avec la plupart de ses collègues, que certaines eaux ne se distinguent de toutes les autres eaux minérales par une détermination chimique fortement tranchée, comme celles dont le principe minéralisateur s'appelle l'iode, le manganèse, le fer, l'arsenic, etc.; mais, dans ces cas mêmes, si la spécialité d'action relève de la chimie, il est évident que nous ignorons complétement en quoi elle consiste. Si le fer, dans le sang chlorotique, fait défaut, ou au moins est tombé au-dessous du chiffre normal, il est évident que ce n'est pas uniquement en mettant du fer dans le sang qu'on guérit la chlorose, car on peut également la guérir par l'hydrothérapie, par l'exercice, par l'air, par une alimentation substantielle : telle est même l'importance de quelques-unes de ces conditions, dans le traitement de cette maladie, que saturât-on l'organisme de fer, si ces conditions manquent, très-souvent on ne guérit pas. Dans la pensée du laborieux médecin de Plombières, la plupart des eaux minérales n'a-

gissent surtout qu'en imprimant, à diverses appareils, aux appareils de sécrétion surtout, une suractivité momentanée, qui tourne au profit de l'harmonie des fonctions, du jeu régulier de la vie. Les eaux de Plombières n'échappent point à cette loi ; c'est surtout là leur mode d'action ; elles frappent à toutes les portes, suivant le mot de Bordeu, et c'est ainsi qu'elles affranchissent l'organisme des troubles morbides dont il peut être le siége.

Nous aurions désiré que, dans l'expression de la doctrine à coup sûr provisoire qu'il admet dans son livre, pour expliquer l'efficacité thérapeutique des eaux minérales, M. Lhéritier eût mieux précisé sa pensée qu'il ne l'a fait. Assurément le médecin de Plombières est trop intelligent et trop habile observateur, pour poser en principe qu'il suffit de ce fait, qu'une eau minérale suractive une ou plusieurs sécrétions, pour que son action, dans le traitement d'une maladie, soit déterminée ; car, à ce compte, la plupart des eaux minérales jouiraient de la même efficacité dans les maladies. Outre cette action commune, il y a une spécialité d'impression, si nous pouvons ainsi dire, faite par chacune d'elles sur l'organisme, et à laquelle celui-ci répond diversement. Là est vraiment le nœud de la question, et c'est à délier ce nœud qu'il faut s'appliquer. Mais en voilà assez, et trop peut-être de ces généralités. Disons succinctement ce qu'en dehors de ces conceptions théoriques on trouve de plus net et de plus pratique dans ces deux volumes de la Clinique des eaux de Plombières.

Voici d'abord la liste des maladies qui, suivant une tradition que semble confirmer l'expérience personnelle de l'auteur, sont plus spécialement justiciables de ces eaux minérales célèbres : il y a d'abord les maladies de la peau, depuis la plus simple atonie jusqu'aux dartres les plus rebelles (nous voudrions que dans cette liste fût compris un lichen agrius que nous traitons en ce moment, et qui fait notre désespoir), les sueurs trop abondantes, les sueurs insuffisantes ou supprimées, les maladies laiteuses (c'est bien vieux et bien vague). Puis viennent les maladies du tube digestif, depuis la moindre perversion des digestions (on ne va pas si loin pour si peu), la plus légère dyspepsie, jusqu'à la gastrite chronique ou la gastralgie la plus intense; les maladies rhumatismales, depuis la moindre douleur jusqu'à la goutte, la tumeur blanche; les maladies de poitrine, les maladies des reins et de la vessie, les maladies des organes génitaux; les vices des fonctions sexuelles proprement dites, l'aménorrhée, la stérilité, la chlorose, la leucorrhée, les déplacements, les engorgements utérins, les tumeurs fibreuses, etc., etc.; les ma-

ladies nerveuses, l'hystérie, l'hypocondrie ; enfin, les engorgements des viscères et hydropisies, les apoplexies, les paralysies, etc., etc. Bien que cette nomenclature, qui se fonde sur la tradition, et que ne dément pas l'expérience contemporaine, soit déjà si longue que le médecin le plus optimiste s'en contenterait assurément, M. Lhéritier jette çà et là des *et cœtera*, qui font supposer que, dans sa pensée, les eaux de Plombières ont une bien plus grande portée encore. Ce panacéisme, nous l'avouons, nous effraye un peu, et comme l'auteur, par une initiative honorable, se propose de parcourir par la Clinique le cercle des maladies qui sont du ressort de la naïade des Vosges, nous craignons que lui aussi n'ait à regretter un jour cette trop pompeuse énumération ; au reste, commo M. Lhéritier est à la fois un observateur habile et un médecin honnête, nous ne doutons pas que, si son expérience mûrie lui commande de mettre une borne aux prétentions d'une nomenclature traditionnelle, qui menace d'envahir tout le cercle nosologique, il ne la pose d'une main ferme et probe.

En attendant ce travail d'élimination inévitable, le savant médecin de Plombières consacre ces deux premiers volumes à l'étude clinique du rhumatisme et de la paralysie. Comme on le pense bien, il ne s'agit point ici du rhumatisme articulaire aigu, mais bien du rhumatisme chronique, ou plutôt de cette affection rhumatoïde, qui est presque constamment déterminée et entretenue par un habitat humide et obscur. Malgré tout le vague qui règne encore sur cette habitude pathologique si fréquente, il n'est pas douteux qu'en placer le siége uniquement dans les muscles de la locomotion volontaire, c'est ne voir que la moitié des faits que livre une observation attentive. M. Lhéritier cite de ces faits, comme ceux d'un autre ordre, et montre dans son livre que les eaux de Plombières, méthodiquement appliquées, sont ici d'une incontestable efficacité. C'est là du reste un point de pratique depuis longtemps mis hors de toute contestation : nous n'insisterons donc pas.

Le second volume traite d'une question qui, si elle n'est pas aussi nettement résolue, est au moins plus originale et intéresse davantage, en ce que, dans ce cas, la thérapeutique s'adresse à une maladie beaucoup plus grave et plus communément réfractaire à l'action de la thérapeutique. Nous ne pensons pas que M. Lhéritier ait démontré la puissante efficacité qu'il attribue aux eaux de Plombières dans le traitement des diverses formes de la paralysie. Mais nous trouvons de plus qu'il y a un peu de confusion dans la manière dont il considère ces diverses paralysies. Qu'est-ce, par exemple, que

l'irritation spinale? On a fait grand bruit de cette forme morbide, il y a quelque vingt ans : mais, en conscience, y a-t-il une individualité morbide nettement définie sous cette poétique appellation? Il y a certainement dans cette partie de la Clinique des eaux de Plombières, comme dans celles qui la précèdent, des observations bien faites, qui témoignent de l'utilité de ces eaux dans divers cas, où l'action nerveuse est enchaînée et où cette suspension d'un des actes fondamentaux de la vie se traduit par des paralysies de diverses formes, mais nous voudrions là comme partout un peu plus de rigueur. Cela est d'autant plus facile à M. Lhéritier, qu'il sait assurément; c'est un conseil que nous lui donnons en toute humilité : qu'il se défie un peu de sa plume facile. Si le temps est l'étoffe dont la vie est faite, comment voudrait-il que cet élément de toutes choses n'entrât pas dans le travail de l'intelligence? Cette remarque, nous nous l'appliquerions presque à nous-même : ce sera vis-à-vis de l'auteur, nous l'espérons, notre justification.

Il semblerait, à la manière dont M. Lhéritier expose les choses dans son livre, qu'il n'est pas exempt d'un certain enthousiasme pour les eaux, dont il est un des inspecteurs officiels : ce serait se tromper cependant que de croire ainsi; comme nous ne voudrions pas concourir à cette erreur possible, qu'on nous permette, en finissant, de citer un court passage de son premier volume, qui l'exonérera de tout reproche à cet égard : « Est-ce dans les pharmacies qu'il faut chercher alors les moyens de combattre cette exagération maladive de la sensibilité générale? Non, sans doute; mais nous disons à nos malades : Faites en sorte que l'air, la lumière et les rayons du soleil, triple élixir de vie, vous inondent de toutes parts : abrégez par l'exercice les heures que l'ennui rend éternelles, courez les champs et les bois, traversez les riantes vallées, gravissez les montagnes, et contemplez!!! (nous aimerions un autre mot qui rendit inutile ce triple point d'admiration) afin de substituer aux idées tristes qui vous assiégent, à la préoccupation du moi, quelques pensées riantes, quelques sentiments élevés, à l'unisson des grands tableaux qui vous entourent. » Il est clair que, quand on parle ainsi, on peut aimer l'objet de ses études et s'y dévouer, mais qu'on aime encore mieux la vérité.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Hématocèle rétro-utérine; traitement antiphlogistique; guérison rapide. — Les discussions ne sont pas probablement près de

leur fin en ce qui touche l'origine et le mode de formation des collections sanguines intra-pelviennes, désignées, en raison de leur siége, sous le nom d'hématocèles rétro-utérines, et malheureusement on n'est pas beaucoup mieux fixé sur le traitement qu'il convient d'opposer à cette affection. On a vu tour à tour proposer de les ouvrir ou de les abandonner à elles-mêmes ; et nous rapportions dernièrement une observation, empruntée au service de M. le professeur Nélaton, dans laquelle ce chirurgien distingué, malgré une opinion contraire formulée par lui à diverses reprises, s'est cru obligé de pratiquer des ponctions répétées avec un trocart.

Nous avouons ne pas trop comprendre l'utilité de l'évacuation du foyer dans les cas de ce genre ; car il y a toujours à craindre, outre les chances d'inflammation du foyer et de l'infection purulente, que l'hémorrhagie ne se reproduise une fois que le sang ne comprime plus le point qui la fournit. C'est, du reste, ce qui est arrivé dans le fait de M. Nélaton, et, de plus, le foyer s'est enflammé ultérieurement. Mais n'y a-t-il donc pas d'autre choix à faire qu'entre l'expectation et l'ouverture du foyer? Telle n'est pas l'opinion que nous avons entendu formuler à M. Aran. Toute hématocèle, dit-il, a pour résultat la production d'une péritonite, et ce qu'il peut y avoir de plus favorable pour les malades, c'est que la péritonite soit adhésive et que par suite elle ne se généralise pas. Que l'on examine, un à un, tous les phénomènes rattachés à l'hématocèle rétro-utérine, et on se convaincra que les choses se passent ainsi. Mais, de plus, le foyer une fois rempli, il y a là, dans le péritoine, une épine qui peut devenir, d'un instant à l'autre, l'occasion de nouveaux accidents inflammatoires. Ce qu'il y a donc de mieux à faire, dans l'opinion de notre collaborateur, c'est d'opposer à l'hématocèle un traitement antiphlogistique énergique, en rapport avec l'intensité des accidents, avec l'origine plus ou moins récente de l'affection, avec le degré de résistance et de forces des malades.

Nous avons pu voir, à quelques semaines d'intervalle, dans le service de notre confrère, trois cas d'hématocèle rétro-utérine, dans lesquels une amélioration des plus marquées, en premier lieu, et ensuite une guérison des plus rapides sont venues montrer les avantages de ce traitement. Le défaut d'espace nous empêche de reproduire ces trois observations ; nous nous bornerons à la suivante :

Une fille de vingt-quatre ans, domestique, est entrée le 25 juillet dernier dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Thérèse, n° 18. C'est une fille forte et robuste, d'une bonne

santé habituelle, réglée depuis l'âge de dix-sept ans, mais peu régulièrement, excepté depuis une année, qu'elle a commencé à avoir des rapports sexuels. Il y a un mois, ses règles sont venues comme d'habitude et n'ont duré que trois jours. A-t-elle eu des rapports sexuels pendant ses règles? cette question n'a pas été parfaitement élucidée. Toujours est-il que, cinq jours après, elle a été prise de douleurs dans le bas-ventre et dans le dos; ces dernières douleurs ont disparu, mais les douleurs de ventre ont persisté, et bientôt il s'y est joint de la difficulté pour aller à la garde-robe, difficulté toujours croissante et telle que, à son entrée, la constipation était absolue depuis quatre jours. La fièvre s'était allumée depuis quelques jours, et les douleurs de ventre] l'avaient forcée de renoncer à son travail.

La malade ne paraissait pas avoir souffert dans sa nutrition : sa figure était calme; néanmoins la respiration était sensiblement accélérée et s'élevait jusqu'au chiffre de 36 par minute, dès qu'on venait à palper le ventre. La fièvre était vive; le pouls médiocrement développé, assez vif : 92 ou 96 pulsations; langue blanche; perte de sommeil; peu d'appétit. Sensibilité à la pression dans la moitié inférieure de l'abdomen, avec une sensation de rénitence profondément dans le bassin. Au toucher vaginal, on trouvait l'utérus fortement abaissé, le col plié sur le corps et dirigé en avant, le corps lui-même fléchi en avant, avec un sinus très-marqué dans ce sens. Le cul-de-sac postérieur, les culs-de-sac latéraux, surtout le droit, étaient le siége d'une tumeur que l'on sentait manifestement se prolonger dans le bassin, en arrière de l'utérus. En combinant le toucher vaginal avec la palpation, on sentait que la tumeur s'élevait jusqu'au-dessus du détroit supérieur, pressant sur la face postérieure de l'utérus, qu'elle avait infléchi en avant. Mais le toucher rectal donnait surtout des renseignements précieux sur la tumeur, qu'il montrait remontant derrière l'utérus, remplissant en arrière et latéralement tout le bassin, en formant un diaphragme épais, comprimant le rectum au point de ne pas permettre au doigt de franchir l'obstacle en arrière. Cette tumeur était pâteuse, présentait des espèces de bosselures, des prolongements irréguliers, mollasses comme elle; du reste, la douleur n'était pas excessive à la pression. Traitement : vingt sangsues à l'hypogastre ; potion purgative ; diète.

Les sangsues produisirent un grand soulagement; la potion purgative fut en grande partie vomie; elle amena cependant deux garde-robes assez abondantes. Dès le lendemain, 26 août, le ventre était à peu près indolent, le pouls était tombé à 72 ou 76 pulsations par

minute ; la palpation refoulait sur le doigt placé dans le vagin un corps dur et volumineux, qui se déplaçait de haut en bas ; au toucher rectal, la tumeur se montrait encore sous forme d'un plancher transversal très-sensible à la pression ; mais le doigt pouvait franchir le plancher en arrière et pénétrer dans la partie supérieure du rectum. Traitement : application de douze sangsues sur le col de l'utérus ; deux gouttes d'huile de croton en deux pilules.

Le soulagement était encore plus marqué le lendemain ; persistance de la tumeur, mais de moins en moins douloureuse et se rétractant de gauche à droite, durcissant de plus en plus et devenant complétement immobile ; le rectum était affaissé seulement à droite. Premier vésicatoire le 27, et second vésicatoire le 29, le premier étant mal placé. Ce jour-là on constate que la partie postéro-utérine de la tumeur est encore très-marquée ; mais, deux jours après, le 1er août, il y avait déjà une réduction très-marquée dans cette partie de la tumeur ; le côté droit du petit bassin était au contraire rempli par ce qui restait de la tumeur, et le rectum était comprimé de ce côté ; l'utérus était toujours en antéflexion.

Le 4 août, l'utérus, toujours très-fortement antéfléchi, était porté seulement en avant par son bord droit, derrière lequel. et dans le côté droit du petit bassin, on sentait la tumeur encore volumineuse, bosselée, irrégulière et très-dure ; très-bon état, du reste, et bon appétit.

Le 10 août, elle sortait de l'hôpital en parfaite santé, ne conservant qu'un rudiment de la tumeur dans le côté droit ; l'utérus ayant repris sa place, étant seulement un peu antéfléchi ; la malade avait donc guéri en quinze jours de cette grave affection.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Aliénation mentale *compliquant des accès de fièvre intermittente.* On connaît dans la science quelques exemples de délire compliquant les accès de fièvre intermittente. Les auteurs en ont fait même une variété particulière de la fièvre, sous le nom de *fièvre intermittente, pernicieuse, délirante.* Le fait suivant, observé dans le service de M. le docteur Champouillon au Val-de-Grâce, qui se rattache à cet ordre de fièvres, est remarquable par l'intensité des désordres physiques qui accompagnaient chaque accès, et surtout par la cessation de tous les symptômes morbides sous l'influence de la médication antipériodique.

M. N..., capitaine d'infanterie de marine, âgé de quarante-deux ans, d'une constitution très-robuste et disposé à la pléthore sanguine, eut, en 1838, une fièvre intermittente tierce, que quelques doses de sulfate de quinine firent disparaître. Il fut repris plusieurs fois depuis et à diverses époques d'accès semblables plus ou moins irréguliers, mais le plus souvent caractérisés par de la céphalalgie, des vertiges et de la constipation.

Cet officier, du reste, qui se livrait avec excès aux boissons alcooliques, avait fini par devenir sujet aux éblouissements et au vertige. Blessé en Crimée en 1856 et ramené à Toulon, il y fut pris de nouveau d'accès revenant tous les huit jours; mais, cette fois, les désordres concomitants prirent beaucoup plus de gravité. La constipation était plus opiniâtre et la céphalalgie plus prononcée; il survint des vomissements; le ventre ballonné prit un volume énorme; la respiration devint pénible; la face était injectée, et enfin il se manifesta du délire avec les frissons, au début de chaque accès; le malade s'agitait, vociférait, insultait et frappait les personnes qui l'entouraient. Dès que la sueur se montrait, le délire se calmait, puis survenaient de la diarrhée et des éructations suivies de l'affaissement complet de l'abdomen.

Le 4 mars 1857, cet officier arrive à Paris, et le 8 un accès de fièvre se déclare après une céphalalgie de douze heures. A peine le frisson a-t-il commencé que les accidents précédents reparaissent; le malade, se croyant poursuivi par des assassins, quitte son hôtel en costume de nuit, parcourt les rues de Paris, en se disant l'envoyé de Dieu pour exterminer les voleurs; réintégré dans sa chambre, il y met tout en pièces.

Le lendemain, M. N..., tout à fait calmé, est conduit à l'hôpital du Val-de-Grâce, et fait lui-même à M. Champouillon un récit parfaitement lucide de toutes les particularités de sa maladie. Il annonce, pour le 15 ou le 16, un accès semblable à ceux qui ont précédé; cet accès eut effectivement lieu, et de la manière qui avait été prévue. Cet officier, reconnaissant au météorisme abdominal et à la céphalalgie que l'accès approchait, demanda à être contenu par une camisole de force, afin d'éviter toute tentative de violence contre les infirmiers. M. Champouillon put démêler, au milieu du désordre des symptômes physiques qui se manifestaient, une véritable monomanie religieuse, provoquée par des hallucinations.

Un traitement, dans lequel le sulfate de quinine, l'arsenic et les purgatifs furent employés avec énergie, mit fin du même coup à la fièvre et à la folie. (*Gaz. des Hôpitaux*, juil. 1857.)

Alimentation (*Du lait comme des enfants au premier âge*). Les conseils contenus dans un excellent travail du docteur Kuttner ne sont pas peu importants pour la pratique.

Quand on ne peut pas allaiter un enfant, le mieux est de le nourrir exclusivement de lait de vache; cette alimentation est toujours préférable à des substances végétales quelconques.

Le lait du matin est préférable à celui de la traite du soir, parce qu'il contient moins de graisse et de caséine.

Il est nécessaire que le lait ait été bouilli. Le lait cru est plus difficile à digérer, parce que son coagulum est plus dense; il détermine facilement des flatulences, de la diarrhée ou de la constipation.

Le lait écrémé ne convient pas aux petits enfants. Les graisses, en général, leur sont nécessaires; elles favorisent l'assimilation des matières albumineuses.

L'usage d'étendre d'eau le lait des vaches est mauvais, car ce lait ne contient qu'un peu plus de parties solides que le lait de femme, d'où il suit qu'en le coupant l'enfant reçoit très-peu de parties nutritives. D'un autre côté, l'auteur a expérimenté que plus le lait est étendu d'eau, plus son coagulum est dense, et par conséquent de difficile digestion. Or, le coagulum du lait de vache est déjà par lui-même plus dense que celui du lait de femme et en même temps plus copieux. L'auteur a remarqué que l'addition d'une petite quantité de gomme arabique en poudre diminue cette densité du caséum. Voilà pourquoi il conseille d'ajouter au lait de vache un peu de poudre de gomme et une quantité suffisante de sucre de lait.

L'alimentation par le lait de vache peut dispenser, comme l'allaitement naturel, de toute autre nourriture. Ce n'est que lorsque l'enfant a déjà atteint un certain développement, lorsque, par exemple, il lui a déjà percé plusieurs dents, qu'on peut lui donner de la semoule, des biscuits, et plus tard du gruau; ces substances doivent être préparées au sel et non au sucre.

Quand un enfant est atteint de diarrhée, on a l'habitude de lui retrancher le lait pour le remplacer par une décoction de salep ou d'autres substances. L'auteur fait sagement remarquer qu'avant de supprimer le lait, il faudrait s'assurer qu'il est la cause du dérangement, et le remplacer par un lait de meilleure qualité, au lieu de priver l'enfant d'une substance nutritive indispensable. Le lait de chèvre nous a souvent réussi à arrêter des diarrhées

prolongées, parce qu'il était digéré plus facilement.

S'il arrivait qu'un enfant ne pût supporter le lait de vache, on pourrait chercher à le remplacer par une décoction de gruau d'avoine, à laquelle on aurait ajouté un jaune d'œuf non cuit. (*Journ. für Kinderkrank.* et *Gaz. médicale*, septembre.)

Allaitement (*Conditions de l') à l'égard des enfants.* Les excellents conseils que donne M. le docteur Kuttner nous paraissent utiles à rappeler aux jeunes praticiens qui sont souvent invités à donner leur avis sur le mode d'alimentation des nouveau-nès.

La nourriture la plus convenable est le lait maternel, quand même la mère ne réunirait pas toutes les qualités d'une bonne nourrice. Il y a cependant une exception à cette règle générale, c'est quand on a lieu de craindre la transmission de maladies ou de dispositions héréditaires.

On ne saurait être assez attentif et assez méfiant dans le choix d'une nourrice, et il est indispensable de s'assurer de l'état de son enfant.

Quand un nourrisson ne profite pas, est toujours affamé, a de mauvaises selles, n'est jamais tranquille, la nourrice doit être changée sans hésitation, quand même elle paraîtrait être excellente et avoir beaucoup de lait; nous regardons ce conseil comme excellent et très-important à suivre, et cependant beaucoup de médecins ne sont pas de cet avis ; soit faiblesse, soit complaisance, soit illusion, ils conseillent à la mère d'attendre encore, de patienter, et perdent ainsi un temps précieux, au grand détriment de l'enfant, qui souffre d'une nourriture insuffisante.

On doit attendre, on doit même exiger d'une nourrice qu'elle alimente complétement et exclusivement son nourrisson avec son lait. — Ceci est encore une vérité incontestable ; si le lait est insuffisant, on n'a qu'une chose à faire, c'est de changer de nourrice.

Si c'est la mère qui allaite et que l'allaitement soit trop pauvre, on peut donner à l'enfant du lait de vache, toujours préférable à des aliments solides. C'est un préjugé, suivant l'auteur, que de croire que deux sortes de lait puissent faire mal.

Il est utile d'observer une certaine régularité dans les prises de sein par l'enfant : des intervalles trop longs ou trop courts nuiraient également.

Le retour des règles, chez une nourrice, est sans danger pour l'enfant, aussi longtemps que les menstrues ne diminuent pas la sécrétion lactée.

L'opinion que le printemps est la meilleure saison pour le sevrage, parce qu'alors les vaches ont du fourrage vert, est fausse ; car le lait de vache acquiert alors des propriétés laxatives qu'il n'a pas en automne.

Il vaut mieux sevrer peu à peu un nourrisson que de l'enlever subitement au sein de sa nourrice, car il peut mieux alors s'habituer au changement de nourriture.

Épilepsie (*Compression des carotides employées avec succès pendant les accès d'*). Quoique l'expérience ait montré plus d'une fois l'efficacité de cette pratique pour enrayer les accès d'épilepsie, cette méthode est rarement mise en usage. La maladie se montre assez rebelle à nos moyens thérapeutiques, pour que le médecin appelé à traiter un épileptique essaye à faire marcher parallèlement le traitement des accès et celui de la diathèse. Désirant provoquer une tentative semblable, nous consignons un nouveau fait qui témoigne, d'une manière irrécusable, de l'utilité de la compression des carotides dès le début des accès.

Obs. Un jeune homme, qui avait eu pendant huit ans plus de cinq cents accès, est reçu dans un hôpital d'épileptiques. Sans disposition héréditaire, on ne reconnaissait pas d'autre cause à sa maladie que l'abus des plaisirs vénériens. Les accès s'étaient développés à la suite de légers vertiges et tous les moyens thérapeutiques avaient échoué. Le malade avait deux sortes d'accès, dont les plus forts étaient suivis d'une grande faiblesse musculaire et d'une mélancolie qui durait de deux à quatre jours.

Le docteur Reimer, médecin de l'établissement, après avoir observé le malade pendant trois mois, constata dix-sept accès violents. Au dix-huitième accès, dès l'apparition des premiers symptômes, il procéda à la compression des deux carotides, en appliquant les doigts des deux mains contre les vertèbres cervicales et en appuyant graduellement les pouces sur les carotides, jusqu'à ne plus sentir leurs battements. Le strabisme eut lieu comme à l'ordinaire, la pâleur du visage fit place à une rougeur livide très-intense, les extenseurs des doigts de la main droite entrèrent en contraction, ainsi que les muscles du cou; il y eut une seule expiration sterto-

reuse, puis tous les muscles se relâchèrent; le malade regarda étonné autour de lui, une minute après il avait toute sa connaissance et, à la suite d'un sommeil d'une demi-heure, il se trouvait parfaitement bien. Les symptômes que la compression des carotides avait supprimés étaient les crampes cloniques des extrémités inférieures, le cri épileptique, l'opisthotonos, l'écume à la bouche et la respiration stertoreuse habituelle; les avantages concernant les suites de l'accès furent l'absence d'ecchymoses, une faiblesse musculaire bien moindre et de courte durée et la liberté des facultés intellectuelles.

La compression des carotides fut employée vingt-deux fois sur cet individu; trois fois l'accès eut son cours ordinaire, parce qu'on avait laissé passer inaperçus les premiers symptômes.

L'auteur n'espère pas que son malade guérisse, mais c'est déjà beaucoup, dit-il, que faire avorter les accès et d'abréger la durée de l'état si pénible qui en est toujours la suite. Pour nous, nous regrettons qu'il ne lui soit pas venu à l'esprit de reprendre le traitement de la maladie, en même temps que celui des accès. Rompre une habitude morbide aussi tenace était un fait qui devait engager un praticien aussi zélé à poursuivre son œuvre. (*Deutsche Klinik* et *Gaz. méd.*, août.)

Imperforation *de l'urètre traitée avec succès*. Les faits d'intervention heureuse de l'art dans ces vices de conformation ne sont pas assez nombreux pour qu'on ne recueille pas encore tous ceux qui se produisent; un autre motif nous engage à signaler le cas suivant : Un enfant vint au monde affecté d'une imperforation de l'urètre. Le pénis était plus long que d'ordinaire. On voyait à la place qu'occupe le méat un léger sillon dont l'aspect semblait annoncer l'existence d'un canal situé immédiatement derrière lui. Cependant une incision pratiquée sur cette dépression ne mit pas le canal à découvert et donna lieu à une perte considérable de sang. A tout hasard, l'auteur enfonça un étroit bistouri à la profondeur d'un pouce environ, sans cesser d'éprouver de la résistance. Les parents se refusèrent à ce qu'on recommençât de nouvelles tentatives, malgré les observations du médecin, qui déclara que la mort de l'enfant était infaillible, si l'on ne parvenait à rétablir le cours des urines. Ils résistèrent à ses sollicitations. L'enfant fut visité le lendemain : il ne paraissait pas souffrir de sa position, il prenait bien le sein et dormait tranquillement; on ne sentait aucune fluctuation au-dessus de la symphyse pubienne. L'auteur, qui s'attendait à ce qu'on vint d'un jour à l'autre lui apprendre la mort de l'enfant, fut bien étonné quand on lui apprit que, dans la matinée du cinquième jour, on avait trouvé ses langes mouillés et que les urines coulaient maintenant sans difficulté. La nature achevant une opération d'imperforation, la longue durée de la rétention d'urine sans aucun accident, sont les deux faits les plus saillants dans cette observation. Une dernière remarque aura trait au mode opératoire; si le médecin s'était servi d'un trocart pour perforer la verge, il n'aurait pas provoqué la grande perte de sang qui a effrayé les parents, au point de les faire résister à ses sollicitations, et préférer laisser leur enfant exposé aux chances fatales qui l'attendaient presque infailliblement. Au point de vue de l'art, cette sorte de plaie n'en demeure pas moins dangereuse; l'on sait que les enfants nouveau-nés supportent difficilement les grandes pertes de sang; c'est donc compromettre les bons résultats opératoires obtenus que d'employer des procédés qui exposent aux hémorrhagies. (*Journal für Kinder.* et *Gaz. méd.*, septembre).

Ivraie *et Ergot de seigle* (*Cas d'empoisonnement par l'*). Les accidents produits par l'ergot de seigle ou de blé ne sont pas rares; cependant il n'arrive pas souvent qu'ils occasionnent la mort. Le docteur Ilussa rapporte plusieurs cas qui ont eu cette terminaison funeste, dans une commune où l'ergot s'était développé plus que de coutume. Les principaux symptômes étaient d'épouvantables convulsions, des crampes d'une violence extrême, suivies de coma, ou bien les malades éprouvaient un feu dévorant aux pieds et aux mains, des vertiges, des fourmillements, etc. Dans un cas, la mort eut lieu au bout de six heures, chez un jeune homme qui, l'année précédente, avait déjà été gravement atteint de la même affection.

Dans la même commune, l'auteur eut l'occasion d'observer les effets de l'ivraie. Peu de temps après l'ingestion d'aliments qui contenaient peut-être un cinquième ou un sixième d'i-

vraie, les malades éprouvaient une violente céphalalgie frontale, des vertiges, des tintements d'oreilles; l'épigastre était douloureux, la langue tremblante, la déglutition et la parole difficiles. Puis survenaient des vomissements aqueux, des selles liquides, un tremblement des membres. Les malades se disaient comme ivres, tout semblait tourner autour d'eux; plusieurs même tombaient dans les rues ou sur les champs; quand cette espèce d'ivresse était dissipée, tous les symtômes disparaissaient peu à peu; il ne restait plus qu'un peu d'embarras dans la tête, qui persistait encore pendant quelques jours. (*Journ. für Kinderkrank.* et *Gaz. médicale*, sept.)

Maladie de Bright (*Bons effets de la médication évacuante dans le traitement de la*) La méthode évacuante, seule ou associée aux diurétiques, a donné entre les mains de M. le docteur Legroux, depuis un certain nombre d'années, des résultats assez satisfaisants dans le traitement de la maladie de Bright, pour qu'il se croie justifié à en préconiser l'usage, non point exclusivement, mais préférablement à toute autre méthode. Voici un fait recueilli dans son service à l'Hôtel-Dieu, qui témoigne en faveur de l'efficacité de ce mode de traitement, lorsqu'il est dirigé avec une prudente persévérance.

Un homme de quarante ans, grand, bien constitué, entre à l'Hôtel-Dieu le 28 février 1857. Cet homme n'avait jamais été malade; il fait remonter le début de sa maladie à trois jours; ce n'est du moins qu'à cette époque qu'il s'est aperçu qu'il avait les jambes enflées. Il n'a pas eu de fièvre ni de frissons, il ne s'est pas aperçu que ses forces avaient diminué, et il n'a perdu un peu l'appétit que le jour qui a précédé son entrée à l'hôpital. Cet homme travaillait depuis six mois dans une cave, de six heures du matin à onze heures du soir. On constate un œdème assez prononcé des malléoles; les paupières sont très-légèrement infiltrées, et le malade se plaint d'éprouver parfois de la difficulté à ouvrir les yeux. Il n'y a point d'ascite; les fonctions digestives n'ont éprouvé aucun trouble. Rien du côté des organes respiratoires. Le pouls est régulier; la peau est plus sèche que de coutume; un peu de courbature.

Les urines, peu abondantes, sont pâles et louches. L'acide nitrique et la chaleur y accusent la présence d'une grande quantité d'albumine.

Le 1er mars on prescrit: tisane de reine des prés; potion avec infusion de polygala, 128 gram; oxymel scillitique et sirop d'ipéca, de chaque 16 gram.; tartre stibié, 0,05 milligr.; une portion d'aliments

Le 3, le malade a eu des vomissements et des évacuations alvines assez abondantes. L'œdème des malléoles a un peu diminué, mais est encore prononcée. Il urine davantage et plus qu'il ne boit. L'urine est encore pâle et décolorée, et contient une grande quantité d'albumine. (Même prescription)

Le 5, le malade est très-fatigué. On suspend la potion. L'état général est bon; l'infiltration des malléoles diminue; on la constate encore par la pression du doigt. Le malade urine beaucoup. La quantité d'albumine semble avoir diminué, mais elle est encore relativement considérable.

Le même traitement est continué, sauf quelques jours de repos, jusqu'au 16 mars. A cette date, l'œdème avait complétement disparu, et le malade, ne souffrant plus, réclamait sa sortie. Cependant l'urine, plus colorée, se troublait encore légèrement par la chaleur et l'acide.

Le 20 mars, plus de traces d'albumine dans l'urine. On suspend tout traitement, et on garde le malade en observation pendant quelques jours, après lesquels il sort parfaitement rétabli.

Vingt jours de traitement et quatorze potions stibiées ont suffi pour amener ce résultat. (*Gaz. des Hôpit.*, août 1857.)

Migraine (*Nouveau remède contre les accès de*). Dans une séance de la Société de médecine de Berlin, le docteur Jung a fait connaître un remède qu'il recommande comme guérissant infailliblement les douleurs névralgiques, désignées quelquefois sous le nom de migraine ou d'hémicranie, surtout quand ces douleurs affectent le nerf sous-orbitaire. Ce remède consiste dans l'inspiration d'un mélange dont voici la formule:

Acétate de morphine.. 0,25 centig.

Faites dissoudre dans quelques gouttes d'acide acétique. Ajoutez:

Eau de laurier-cerise.... 5 grammes.
Acide prussique...... 10 gouttes.

On prend 10 gouttes de ce mélange, 5 gouttes seulement pour les femmes très-excitables, et une quantité égale

d'eau, et l'on aspire fortement ce liquide, par la narine correspondante au côté affecté, en ayant soin de boucher l'autre narine On éprouve une sensation de froid dans la narine, et la douleur frontale cesse aussitôt pour ne plus reparaître. L'existence d'un coryza est une contre-indication à l'emploi de ce moyen. (*Neue med-chir. Zeitung* et *Gaz.* septembre.)

Syphilis *traitée sans mercure.* Nous nous sommes toujours fait une loi de rendre compte des modes de traitement employés dans nos hôpitaux, tout en conservant notre indépendance, lorsqu'il s'agit d'en apprécier la valeur.

De nos jours, bien peu de praticiens seraient tentés de traiter la syphilis sans l'administration du mercure. Les préparations d'or néanmoins sont usitées par quelques médecins, tant en France qu'ailleurs, et, selon leurs partisans, elles seraient préférables au mercure dans la syphilis invétérée. Nous avons récemment vu au Royal-free-hospital de Londres, établissement qui reçoit en grand nombre les affections vénériennes, le docteur Marsden traiter la syphilis par l'administration de remèdes stomachiques et toniques, auxquels il adjoint un régime nourrissant et l'emploi des poudres suivantes :

Pr. Soufre............ 4 gr.
Sulfure d'antimoine. } ãã 25 cent.
Nitrate de potasse.. }

M. F. Une poudre à prendre en deux fois, matin et soir.

Ce traitement, que le docteur Marsden emploi surtout dans les cas de syphilides, est continué jusqu'à complète disparition des taches cutanées. Depuis vingt-sept ans que le docteur Marsden suit ce mode de traitement, il n'a pas observé un cas de récidive sur cent. Contre la syphilis primitive, il se contente de prescrire un bon régime et l'emploi des stomachiques. Ces faits sont intéressants et méritent de fixer l'attention. (*The Lancet*, juin.)

Teigne faveuse. *Traitement par l'emploi topique de l'huile de naphte.* Cherchant depuis longtemps des moyens à la fois plus rapides et plus certains, et surtout moins douloureux que ceux qu'on emploie ordinairement pour combattre la teigne faveuse, M. Chapelle croit avoir trouvé dans l'huile de napnte l'agent abortif le plus efficace contre cette hideuse maladie. Voici de quelle manière il procède à l'application de cet agent.

D'abord il fait couper ras tous les cheveux qui avoisinent la zone morbide, et appliquer ensuite à leur surface des cataplasmes de farine de graine de lin pour faire tomber les croûtes faveuses. Une fois la peau débarrassée de ces productions croûteuses, il fait enduire la surface dénudée d'une légère couche d'huile de naphte, que recouvre ensuite une compresse de flanelle. Un serre-tête en taffetas gommé, destiné à envelopper toute la surface du cuir chevelu complète le pansement.

Cette application est faite deux fois par jour, matin et soir. A chaque pansement, il importe de nettoyer la surface malade avec de l'eau de savon, afin de mieux enduire la peau de la substance huileuse. Mais le point important de l'opération est celui-ci : il faut examiner chaque fois, et avec le plus grand soin, la surface du cuir chevelu pour voir si cette partie de la peau ne porte pas quelques petites pustules faveuses, dont la disparition est toujours indispensable à la curation de la maladie. Si l'on découvre quelques-uns de ces points blancs, il faut alors ne pas enlever la pustule comme par la méthode opératoire, mais seulement la perforer avec la pointe d'une épingle, et enlever ensuite la matière puriforme qu'elle contient. Cela fait, on étend sur la peau une couche nouvelle d'huile de naphte. On arrive de la sorte à éteindre promptement la poussée pustuleuse à mesure qu'elle se produit.

L'huile de naphte, suivant M. Chapelle, a une action abortive spécifique. Elle limite au point affecté sa puissance modificatrice. Aussitôt qu'on a fait cesser par son application la poussée pustuleuse, les cheveux reprennent leur développement normal.

Il est des sujets dont le cuir chevelu est profondément altéré ou dont la sensibilité particulière est très-développée, qui ne peuvent supporter sans de grandes souffrances le contact de l'huile de naphte pure. Dans ce cas, pour mitiger l'action trop vive de cette substance, M. Chapelle fait mêler à l'huile de naphte une huile dont l'action se rapproche de celle-ci, mais moins irritante. L'huile de cade est celle qui lui a paru devoir être préférée. Il prescrit le mélange de ces deux huiles dans une proportion indiquée par la sensibilité du malade. (*Gaz. des Hôp.*, juillet 1857.)

VARIÉTÉS.

Le Congrès d'ophthalmologie est le grand événement de ce mois. Grâce au zèle de la Commission, et en particulier de M. le docteur Fallot, son président, et de M. Warlomont, son secrétaire général, une réunion, qu'on aurait pu croire impossible à réaliser, a eu lieu le 13 septembre. Nous étions là, heureux de voir réunies les notabilités les plus grandes de tous les pays et de presser la main de tant de confrères dont les œuvres seules nous étaient connues. Hâtons-nous de dire que la France y avait ses représentants naturels, MM. Sichel, Desmarres, Serres, d'Uzès. L'Allemagne était plus riche encore : les Grœfe, les Donders, les Jœger, les Arlt, les Ammon figuraient au premier rang. On y comptait encore des savants médecins du midi et du nord de l'Europe, les Spérino, les Quadri, les Marquez (Portugal), les Kabalt (Russie).

Nous aurons l'occasion de revenir sur les importantes questions qui ont été agitées dans ce Congrès, regrettant seulement qu'une place plus grande n'ait pas été faite à la spontanéité des savants qui faisaient partie du Congrès, et cela dans la crainte bien naturelle que quelques-uns d'entre eux n'aient remporté quelque communication intéressante ne rentrant pas dans le programme préalablement arrêté par la commission. A cela près, nous n'avons que des félicitations à faire et des remercîments à adresser à nos savants confrères de la Belgique, qui nous ont prouvé une fois de plus qu'entre la France et la Belgique il n'y a que des frontières politiques et pas de frontières morales et scientifiques.

Il ne se passe pas de quinzaine sans que nous ayons à déplorer des pertes nouvelles et douloureuses dans le corps médical. Cette fois, nous avons à mentionner la mort de M. le docteur Salgues, professeur titulaire de clinique interne, et directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon ; celle de M. le docteur Paulin, médecin de l'Ecole normale supérieure ; et celle plus cruelle encore, qui frappe une famille déjà bien cruellement éprouvée, de M. le docteur Gustave Richard, fils de l'ancien professeur de botanique, et frère de M. Adolphe Richard, chirurgien des hôpitaux. M. Gustave Richard a succombé à un abcès du foie, dont il avait contracté le germe dans une dyssenterie qu'il avait gardée plusieurs mois, à la suite de ses voyages botaniques dans les pays chauds.

On se rappelle le bruit qui s'était fait autour de ces grossières mystifications qui, sous le nom de *tables tournantes*, d'*esprits frappeurs* et de *mediums*, ont eu le propre de séduire quelques esprits faibles et amis du merveilleux. L'Amérique, la patrie-mère de cette grande mystification, vient aussi de leur infliger une leçon cruelle et qui leur servira... peut-être.

Une offre de 500 dollars avait été faite, par l'intermédiaire du Courrier de Boston, à toute personne qui, en présence des professeurs de l'université de Cambridge (Havard), reproduirait quelques-uns de ces phénomènes mystérieux où interviennent, dit-on, des *mediums*. Le défi fut accepté par un croyant, M. le docteur Gardner, et par plusieurs personnes ; mais leurs tentatives ne servirent qu'à montrer l'inanité de toutes ces jongleries. Après plusieurs jours d'essai, la Commission, composée des professeurs Pierre, Aganiz, Gould et Horsford (de Cambridge), a été obligée de déclarer que M. Gardner s'était montré impuissant à rendre ses membres témoins d'aucun phénomène inconnu jusqu'ici à la science et dont la cause ne fût pas immédiatement assignable. *Et nunc erudimini.*

On parle beaucoup dans le monde scientifique d'une découverte faite par M. le professeur Jacoubowitch, de Saint-Pétersbourg, et qui aurait pour résultat de changer la face de la physiologie en ce qui touche le système nerveux central. M. Jacoubowitch croit avoir reconnu et démontré, par des pièces nombreuses qu'il montre aux curieux, que le système nerveux de la moelle est composé de trois espèces de cellules répondant à la sensibilité, au mouvement et au grand sympathique, cellules qu'on retrouve disposées de diverses manières, suivant la hauteur de la moelle et suivant qu'on pénètre dans le cerveau ou le cervelet; mais le fait le plus curieux signalé par lui est certainement celui de la destruction de ces éléments impossibles à retrouver chez les animaux tués par les narcotiques ; ainsi se trouverait expliquée l'action mystérieuse et terrible de ces agents.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi des lunettes, considéré dans ses rapports avec le traitement des troubles de la vision.

Par M. Bonnet, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon [1].

Le repos absolu et même le calme des yeux no sont indiqués que dans les états inflammatoires. Toutes les fois que l'œil a vu diminuer sa puissance par une sorte d'asthénie, l'exercice doit être substitué au repos.

La justesso de ces propositions paraît évidente, si l'on réfléchit à la spécialité des fonctions oculaires. L'œil est destiné à percevoir la lumière et à faire distinguer les objets : c'est donc dans la lumière et dans l'exercice do la vision que l'on trouvera les excitants naturels de cet organe. Recourir, dans l'amaurose, à l'électricité, à la noix vomique, aux vapeurs aromatiques, c'ost agir sur l'œil comme on le ferait sur un organe quelconque ; c'est méconnaître la spécialité de sos fonctions ot lo caractère non moins spécial que doivent avoir ses oxcitants.

Ces vérités, si simplos en apparenco, sont loin d'avoir été comprises par les hommes, nombreux cependant, qui se sont occupés du traitement des maladies des yeux, et, en particulier, de l'amblyopio. La plupart des ophthalmologistes se taisent sur le parti qu'on peut tirer de la lumière et de l'exorcice de la vision. Il en est cependant qui se sont éloignés de la voie communo. Demours avait vu diminuer d'une manière notablo l'affaiblissement d'un œil après la perte de l'œil sain. Cette amélioration l'avait conduit à conseiller, dans des cas semblables, l'exercice forcé du globe malade, en couvrant chaque jour l'organo sain d'un bandeau pendant un temps plus ou moins long. Il assignait un quart d'heure aux premiers exercices quotidiens, et il en augmentait progressivement

[1] Cet article est extrait d'un ouvrage que M. Bonnet se propose de publier prochainement, sous le titre de Traité de médecine fonctionnelle. Comme on le verra par cet extrait, l'auteur recherche spécialement, dans son travail, quel est le parti que peut tirer la thérapeutique du repos et des divers modes d'exercice des fonctions normales. Il poursuit sous ce rapport, dans le domaine de la pathologie tout entière, les idées qu'il a développées, en ce qui regarde les jointures, dans son Traité de thérapeutique des maladies articulaires. Quoique cet article ne renferme aucune recherche personnelle, l'auteur s'est décidé à le publier, parce qu'il fait connaître un ordre de traitement aussi utile que peu répandu.

la durée jusqu'à deux ou trois heures. Cet oculiste ajoute qu'il a souvent commencé par donner à déchiffrer des lettres d'un pouce de hauteur : l'œil put lire, quelques mois après, le titre d'un ouvrage, puis des mots imprimés en lettres capitales, et finalement une impression ordinaire. Ces résultats sont dignes du plus haut intérêt; ils font pressentir que l'exercice des yeux doit être étudié avec la plus sérieuse attention.

Personne, à ma connaissance, n'a contribué plus que M. Schlesinger à perfectionner cette partie de la *thérapeutique fonctionnelle.*

Étranger à la médecine, mais familiarisé avec la connaissance des instruments d'optique, M. Schlesinger avait imaginé de rendre aux yeux leur puissance affaiblie, par la lecture aidée de lunettes appropriées. Il a appliqué sa méthode successivement dans un grand nombre de villes : à Berlin, à Bruxelles, à Lyon, où il a passé plusieurs années, et où j'ai eu l'occasion de suivre, en 1846, 1847 et 1848, plusieurs malades soumis à sa direction. Il obtenait dans les fatigues de la vue et dans les amblyopies des résultats très-remarquables, qui me font vivement regretter qu'il n'ait jamais publié sa méthode. On lui doit, il est vrai, une brochure dont le titre ferait présumer une exposition sincère de ses procédés; mais cette brochure ne contient que des choses connues de tout le monde sur la forme et la composition des verres de lunettes, et des théories sans fondement sur leur mode d'action.

M. Florent Cunier, qui avait été témoin, à Bruxelles, des résultats remarquables obtenus par M. Schlesinger, a fait quelques essais pour l'imiter. Il a publié dans les Annales d'oculistique les observations qu'il a recueillies sur ce sujet; mais, comme on le devinera sans peine en lisant l'extrait cité plus loin, M. Cunier ne connaissait que les parties apparentes de la méthode Schlesinger; je ne crois pas qu'il fût arrivé à ce talent d'artiste qui faisait reconnaître si remarquablement à ce dernier les verres à choisir, le temps à consacrer à leur usage, et, en un mot, toutes les précautions qui assurent le succès.

Depuis une dizaine d'années, j'ai cherché à continuer la méthode dont l'excellence m'avait été démontrée par des faits nombreux et probants. M. Chavériat, mon interne en 1850, aujourd'hui médecin justement estimé à Châlons-sur-Saône, a publié dans sa thèse inaugurale quelques faits intéressants recueillis à ma clinique. Cependant je suis loin d'avoir réussi comme le faisait M. Schlesinger.

Cette infériorité me donne quelque hésitation dans l'exposition

que je vais faire : je crains de donner pour règles ce que je n'ai pu saisir qu'assez imparfaitement en conversant avec quelques malades et en observant M. Schlesinger. Mais ce dernier ayant constamment refusé de donner des explications sur ses principes et sa manière de faire, je n'ai pu que me guider d'après des observations qui, assurément, sont restées imparfaites.

Quoi qu'il en soit, ayant obtenu des résultats assez satisfaisants dans la disposition à la fatigue des yeux et dans quelques amblyopies, j'ai pu me convaincre que je connaissais au moins partiellement la méthode ; et les renseignements que je vais donner engageront peut-être quelques praticiens à reprendre, avec toute la suite que ce sujet exige, des expériences qui pourraient donner de très-utiles résultats entre les mains de médecins familiarisés avec les notions médicales et le maniement des instruments d'optique.

Divers modes suivant lesquels peuvent avoir lieu les exercices de la vision. — Les yeux ont des fonctions que modifient l'état de la peau qui les avoisine et celle des membranes muqueuses qui les recouvrent ou qui sont placées à leur voisinage. Chose étrange ! ce sont ces influences dont les auteurs se sont le plus préoccupés. Excitation de la conjonctive, de la peau du front et des tempes, de la membrane des fosses nasales par des vapeurs, des liquides, ou des poudres ; telle est la médication locale la plus usitée dans l'amblyopie et l'amaurose.

Je crois inutile de rappeler ici toutes les formules dont les huiles essentielles et l'ammoniaque sont la base et qui servent à des fumigations, à des frictions ou à une action directe sur les fosses nasales.

Les seules fonctions qui doivent me préoccuper sont celles qui concourent directement à la vision. Parmi leurs exercices qui peuvent être très-variés, j'examinerai : 1° ceux qui s'accomplissent avec des auxiliaires graduellement décroissants ; dans l'espèce, avec des lunettes de moins en moins réfringentes ; 2° ceux qui sont portés jusqu'au point de produire une fatigue momentanée, et pour lesquels on emploie surtout des verres dont on augmente graduellement la force.

1° *Exercice avec des lunettes de force graduellement décroissante.* — Ce mode d'exercice est semblable à celui auquel on soumet, tous les jours, les malades qui, à la suite d'une entorse, ne peuvent marcher qu'avec peine. On leur donne d'abord deux béquilles, puis une béquille et un bâton ; et, au bout d'un certain temps, ils peuvent se contenter d'une canne, et finissent par marcher sans appui.

Si l'on transporte aux yeux une semblable méthode, on est conduit à chercher des lunettes avec lesquelles la vision s'accomplisse le moins imparfaitement possible, et à employer successivement des verres de plus en plus faibles, jusqu'à ce que l'on arrive, s'il est possible, à s'en passer tout à fait.

Comme les verres qui facilitent la vision des objets rapprochés ne sont pas les mêmes que ceux qu'exige la vue des objets lointains, l'on est conduit à avoir deux paires de lunettes : l'une d'une force plus considérable, pour la lecture ou l'écriture; l'autre plus faible, pour la promenade et pour aider à distinguer les personnes.

Cette manière de faire était celle de M. Schlesinger, du moins si je m'en rapporte à l'interprétation de M. Florent Cunier, aux rapports des malades et aux faits, plus ou moins enveloppés de mystère, dont j'ai été le témoin. Voici un passage du mémoire que M. Florent Cunier a publié dans les Annales d'oculistique (tome VII, page 88) :

« M. Schlesinger commençait par déterminer la portée de la vue.

« Un amaurotique, par exemple, réussissait-il encore à déchiffrer « le double canon à trois pouces de distance, des verres de trois « pouces un quart lui étaient remis, et il devait, les yeux armés « de ces lunettes, s'exercer à la lecture une partie de la journée. Une « fois que la fatigue survenait, l'exercice devait être suspendu.

« Dès que le malade était parvenu à distinguer nettement les « lettres, il prenait des verres de trois pouces et demi. La convexité « était ainsi diminuée de quart de pouce en quart de pouce, jus- « qu'au n° 5. C'est par demi-pouce que la décroissance avait lieu « alors jusqu'au n° 9, où elle commençait par pouce, et, à partir du « n° 12, elle avait lieu par deux pouces jusqu'au n° 24 ou 36, dont « l'usage devait être continué pendant longtemps. »

On voit que M. Florent Cunier ne parle pas de la paire de lunettes destinée à la promenade, et qui peut seconder l'influence de celle qui sert à la lecture. M. Schlesinger l'employait cependant assez fréquemment, surtout chez les myopes, et ceux-ci se servaient ainsi alternativement de verres convexes et de verres concaves.

La méthode des exercices avec des lunettes de moins en moins fortes est celle que j'ai mise presque uniquement en pratique. Les premières lunettes une fois choisies, l'on recommande aux malades de lire deux ou trois fois par jour, pendant une durée, graduellement croissante, d'un quart d'heure à une heure et plus. On change les numéros des verres, à une distance qui varie de quelques jours à une ou deux semaines. L'expérience démontre que ces change-

ments doivent être plus fréquents au début qu'à une époque plus avancée du traitement.

Les *objets nécessaires* pour ce traitement sont : 1° plusieurs montures en acier ou en argent. Les cercles de ces montures doivent être ronds, non que cette forme soit préférable en soi à la forme ovale, généralement employée, mais parce qu'elle se prête plus aisément que toute autre au changement des verres. 2° Un grand nombre de verres plans convexes, également de forme ronde, c'est-à-dire de forme s'adaptant à celle du cercle de la monture ; le diamètre de ces verres peut être de 30 à 32 millimètres ; ce sont ces derniers qu'employait habituellement M. Schlesinger. Les verres plans convexes doivent être au moins des numéros 72, 60, 48, 36, 30, 24, 20, 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4 1/2, 4, 3 1/2, 3. 3° Des verres plans concaves offrant les mêmes variétés.

Le *choix* des verres par lesquels on doit commencer est très-difficile.

Les verres convexes sont généralement ceux que l'on doit employer, car l'œil étant affaibli, on a besoin de rassembler les rayons lumineux ; cependant, si les personnes amaurotiques étaient myopes avant leur maladie, il pourrait être nécessaire de recourir à des verres concaves. Ainsi chez une de mes malades, Mlle B..., je suis resté plusieurs mois sans obtenir aucun résultat ; M. Schlesinger ne fut pas plus heureux. Je soupçonnais enfin que l'insuccès tenait au choix de verres qui n'étaient pas appropriés à l'état de la vue. Aux verres convexes qui avaient été jusque-là employés, je substituai des verres concaves. De ce moment la vue fut plus nette, et la lecture, jusque-là insupportable, put être continuée pendant une ou deux heures.

En examinant les verres d'un malade, traité avec un plein succès par M. Schlesinger, et qui était myope avant son amaurose, j'ai vu que, son traitement achevé, il lui avait donné deux paires de lunettes concaves; l'une, très-forte, pour la vision des objets éloignés ; et l'autre, beaucoup plus faible, pour la lecture. Ces dernières seules étaient rondes ; elles avaient 32 millimètres de diamètre. La concavité des unes et des autres était tournée contre le globe de l'œil.

Si l'on s'est décidé pour des lunettes concaves, quel est le numéro que l'on doit choisir ?

M. Schlesinger plaçait au-devant des yeux les lunettes qu'il jugeait convenables, et faisait lire le malade ; puis il retirait rapidement le livre, soulevait les lunettes et regardait les yeux. Lorsqu'il trouvait ce qu'il appelait les *yeux naturels*, il conservait le choix qu'il

avait fait. Dans le cas contraire, il changeait les lunettes jusqu'à ce qu'il en eût trouvé qui donnassent aux yeux, après la lecture, le genre d'expression qu'il cherchait. Aucun de ceux qui ont assisté comme moi à ces observations n'a reconnu ce qu'il entendait par œil naturel, et n'a distingué les signes qui lui servaient de guide. Quoi qu'il en soit, M. Schlesinger se guidait sur ses propres observations, et non sur l'appréciation des malades.

M. Galavardin, alors étudiant en médecine, aujourd'hui médecin à Lyon, et qui a suivi le traitement avec un plein succès pour une amaurose commençante, m'a dit que souvent M. Schlesinger ne lui conservait pas les lunettes que ses propres sensations lui faisaient croire préférables, et qu'il lui en donnait d'une autre espèce, imparfaites au premier abord, mais qu'un exercice ultérieur démontrait parfaitement convenables.

Pour moi, moins exercé, je me guide sur des tâtonnements; je choisis des lunettes d'autant plus fortes que la vue est plus faible; je fais lire les malades à leur aide, et je m'arrête à celles qui rendent la lecture le plus facile ; je me guide ainsi sur la sensation des malades bien plus que sur mes propres observations.

Le premier numéro choisi, on recommande au malade de lire pendant un temps qui varie d'une demi-heure à une heure, trois ou quatre fois le jour, en ayant soin de choisir un jour très-clair, des ouvrages de caractères très-distincts et imprimés sur un beau papier.

Au bout de deux ou trois jours, on essaye un numéro plus faible, et ainsi successivement tous les trois ou quatre jours, ou, s'il est nécessaire, à de plus grands intervalles, jusqu'à ce que l'on ait pu descendre à de faibles numéros.

Exercice avec des lunettes de force graduellement croissante.— Lorsque la marche ou la station sont une cause de fatigue, l'on peut faire disparaître cette tendance à la lassitude par des exercices courts et énergiques. Après des mouvements étendus, variés et exigeant de puissantes contractions musculaires, des individus affaiblis acquièrent, malgré le malaise momentané qu'ils éprouvent, une force de résistance qui leur était inconnue.

La pratique de l'hydrothérapie conduit à une observation analogue. Des malades qui ne pouvaient enlever sans inconvénient une partie des chaudes enveloppes dont ils avaient contracté l'habitude, ou qui étaient fatigués par la plus légère impression de froid, deviennent insensibles aux transitions de température, lorsqu'on les a soumis à l'action de l'eau froide agissant avec instantanéité, précédée et suivie des moyens de rétablir la chaleur.

Ce fonctionnement énergique et qui participe du caractère homœopathique, non par la dose, mais par le mode d'action, a été appliqué aux maladies des yeux par M. Massard, opticien à Lyon ; il l'a fait en exerçant l'œil avec des lunettes plus fortes que ne l'exige la commodité de la vision, et en suivant une progression croissante inverse de la progression décroissante examinée dans le chapitre précédent. S'il a trouvé, par exemple, que la vision s'exécutait commodément avec le n° 20, c'est-à-dire avec un verre dont la distance focale est de 20 pouces, il donne des verres d'une distance focale moitié moindre, c'est-à-dire de 10 pouces, ou, en d'autres termes, des verres n° 10. Chaque jour il fait faire un exercice avec ces verres puissants, et il recommande de suspendre la lecture au bout de cinq à dix minutes et dès que l'œil commence à se fatiguer. Après deux ou trois jours, il passe au n° 9, puis au n° 8, et ainsi progressivement jusqu'aux numéros les plus élevés.

Ces exercices momentanés n'empêchent pas ceux qui se font avec des numéros plus faibles, suivant les principes de la méthode décroissante précédemment exposés ; si bien qu'un malade peut avoir trois verres : l'un, suivant la progression croissante, pour un exercice quotidien de quelques minutes, et deux autres, l'un pour la lecture habituelle, l'autre pour la vision des objets éloignés.

Parmi les moyens qu'emploie M. Massard, je signalerai, pour être complet, l'exposition de l'œil à une lumière vive ou à des couleurs éclatantes. Le malade qui est soumis à l'expérience place son œil contre l'objectif d'une lanterne magique et regarde la lumière réfléchie par un miroir ; à cette vive clarté l'on fait succéder l'obscurité, en interposant entre l'œil et la lampe un verre noir ou un assemblage de verres produisant l'obscurité.

Dans d'autres expériences on interpose entre l'œil et la lumière des verres transparents de couleurs éclatantes, telles que le rouge et le jaune.

Si le travail avec les lunettes peut être nuisible lorsque l'œil a besoin de repos, la vision d'une lumière éclatante ou de couleurs vives contrastant entre elles est bien plus dangereuse encore. Il peut se produire des étourdissements, des maux de tête, et l'abus de la méthode peut aller jusqu'à favoriser des attaques d'apoplexie, auxquelles sont prédisposés ceux qui ont des amauroses cérébrales.

Application des exercices avec les lunettes à diverses affections des yeux.—Ces applications ont été faites à la presbytie, à la myopie, à la fatigue des yeux, à l'amblyopie et à l'amaurose. Nous allons essayer d'établir par les faits quels sont les résultats qu'on peut en

attendre dans chacune de ces affections. Nous nous bornerons à faire remarquer par avance que les troubles de la vision qui peuvent être le plus heureusement influencés par une gymnastique convenable sont ceux sur la production desquels un mode vicieux d'exercice a l'action la plus puissante. De ce nombre sont la myopie, la presbytie et la fatigue des yeux.

Presbytie. — On sait que les presbytes sont ceux qui ne voient qu'à des distances éloignées. Ils ont besoin, pour distinguer les objets rapprochés, de verres convexes qui suppléent à l'insuffisance du pouvoir réfringent de leurs yeux. L'usage de ces verres facilite la vision, mais il ne guérit pas l'infirmité dont ils font disparaître l'un des inconvénients : bien plus, les presbytes qui font usage de lunettes convexes éprouvent graduellement le besoin d'employer des verres de force graduellement croissante. Est-il possible cependant d'améliorer la presbytie par des exercices convenables ?

Demours pense que l'on peut arriver à ce résultat. « Il n'est pas rare, dit-il [1], de rencontrer des vieillards qui, après un long usage de verres convexes, ont recouvré subitement la faculté de lire à l'œil nu.

« J'ai vu un bon juge en ces matières faciliter sur lui-même cette révolution en se tenant pendant dix ans aux mêmes verres convexes, les remplacer ensuite, à l'âge de quatre-vingts ans, par d'autres plus faibles, contre l'usage ordinaire, et enfin, depuis l'âge de quatre-vingt-six ans jusqu'à celui de près de quatre-vingt-treize, lire chaque jour plusieurs heures de suite, sans aucun secours artificiel. »

M. Chevalier (Manuel des myopes et des presbytes, page 46), en rappelant les observations de Demours, dit que ce traitement a l'inconvénient d'être fort long, d'exiger une grande persévérance, et de ne pas amener constamment le résultat qu'on espère.

Je crois cette observation très-juste, et je suis convaincu qu'il sera toujours très-difficile de citer des observations de presbytes guéris. Mais ces succès ne seraient pas aussi rares, si les individus dont la vue devient impossible à courte distance étaient peu avancés en âge, doués d'une énergique persévérance, et s'ils combinaient, suivant l'idée de M. Massard, la progression décroissante de verres de presbyte avec la progression graduellement croissante de verres de myope.

Myopie. — Les verres concaves, nécessités par la myopie, facilitent l'exercice de la vue, mais sont loin de diminuer l'accommoda-

---

[1] Traité des maladies des yeux, t. Ier, p. 467.

tion permanente de l'œil à la vision des objets rapprochés : loin de là, l'habitude où l'on est d'employer des verres de plus en plus concaves accroît la rapidité avec laquelle la myopie augmente.

Est-il possible cependant de soumettre l'œil à des exercices capables d'allonger la portée de la vue ?

Demours [1] a traité des myopes en les habituant à lire à des distances de plus en plus considérables. « J'ai corrigé quelquefois, dit-il, la myopie en faisant prendre au myope une position fixe relativement à un livre dans lequel il pouvait lire à l'œil nu : par exemple, à huit pouces. Sa tête était appuyée contre un mur, son livre sur un cahier de cartons très-minces ou de feuilles de papier très-épais, dont on supprimait une feuille toutes les semaines. Il lisait tous les jours pendant une heure, et les yeux s'accoutumaient ainsi peu à peu à se passer d'un secours étranger. On a proposé, il y a quelques années, en Russie, un pupitre mécanique propre à atteindre le même but. Le moyen que je propose, et qui me réussit depuis vingt ans, me paraît avoir au moins le mérite de la simplicité. J'ai vu ce procédé réussir, même chez des myopes âgés de plus de trente ans. »

M. Schlesinger considérait la myopie comme incurable dans l'âge adulte ; mais il pensait que, si on la traitait chez les enfants lorsqu'elle commence à paraître, et par l'emploi des verres graduellement décroissants, l'on réussirait à la faire disparaître.

M. Massard propose, comme dans la presbytie, la combinaison de deux ordres de lunettes : pendant que, à l'exemple de Demours, il donne des verres décroissants de myope pour la vision des objets éloignés, il fait lire, ce qui n'offre pas de difficulté, avec des verres de presbyte de force graduellement croissante.

Disposition à la fatigue des yeux. — La maladie dont je veux parler ici est celle que j'ai décrite en ces termes dans mon Traité des sections tendineuses et musculeuses :

« Il est des personnes, douées cependant d'une vue plus ou moins bonne, qui ne peuvent soutenir une application tant soit peu prolongée des yeux. Sitôt qu'elles veulent lire ou travailler à des objets qui doivent être proches pour être nettement distingués, leur vue se trouble, un brouillard semble se répandre devant les objets qu'elles fixent, et elles éprouvent une douleur profonde dans les yeux, et quelquefois même dans toute la tête.

« Ceux qui sont affectés de cette fâcheuse disposition ne peuvent

---

[1] Traité des maladies des yeux, t. Ier, p. 464.

quelquefois lire et écrire au delà de quelques minutes ; ils sont obligés de cesser tout travail, et même d'abandonner leurs professions, si ces professions exigent des lectures prolongées.

« Cette disposition à la fatigue des yeux tient quelquefois à des maladies extérieures, et spécialement à des lésions des paupières. Les personnes qui ont de petites pustules à la base des cils, dont le bord libre des paupières est rouge, sont souvent incapables de soutenir une application qui dépasse huit à dix minutes : il suffit chez elles de guérir la maladie palpébrale pour rendre à l'œil sa puissance naturelle. »

Cependant, dans la grande majorité des cas, l'inaptitude des yeux à prolonger leurs fonctions n'est liée à aucune lésion apparente. J'ai été conduit à établir, dans ces cas, que la fatigue éprouvée par les malades dépendait de la compression exercée sur l'œil par les muscles qui le serrent pour l'accommoder à la vision des objets rapprochés, et j'ai donné la preuve la plus incontestable de la justesse de cette théorie, en faisant disparaître la tendance à la fatigue des yeux, au moyen de la section sous-cutanée du muscle petit oblique, c'est-à-dire en coupant la corde dont la compression produit la douleur, suivant ma théorie.

Cette opération est parfaitement adaptée à la nature du mal ; mais elle répugne tout à la fois au malade et au médecin : aussi était-il intéressant de rechercher si l'exercice des yeux, aidé des lunettes, ne pourrait pas guérir cette maladie, ou tout au moins si, par un choix convenable de verres, on ne parviendrait pas à rendre aux yeux l'exercice de leurs fonctions, pendant le temps que les verres seraient employés. Je puis répondre par l'affirmative. Les malades que j'ai traités n'ont pas tous été guéris ; mais plusieurs l'ont été, et les insuccès ont paru dépendre, en général, de complications qui aggravaient la maladie des yeux. J'ai très-bien réussi chez un jeune homme de vingt-quatre ans, employé dans les ponts et chaussées, et qui depuis deux ans éprouvait une telle fatigue, qu'il avait lieu de craindre de ne pouvoir continuer sa profession ; une ou deux heures de travail par jour étaient seules possibles. Il a été guéri complétement en deux mois et demi. J'ai employé chez lui les verres plans convexes graduellement décroissants, depuis le nº 24 jusqu'au nº 72. Même résultat sur deux religieuses, l'une sœur de Saint-Charles et attachée à la pharmacie du dispensaire de Lyon ; l'autre occupée à la pharmacie de la rue des Quatre-Chapeaux. Chez la première, l'affaiblissement de la vue datait d'une année environ. Quand elle commençait à lire, elle voyait assez distinctement ;

mais au bout de cinq à six minutes, sa vue se troublait, elle souffrait dans les yeux, et elle ne pouvait plus continuer sa lecture. La vue des objets éloignés était devenue moins nette, et la malade pouvait à peine reconnaître les personnes qui passaient dans la rue. Ses paupières étaient souvent rouges. Je commençai à la traiter le 8 août 1849, par des lunettes plans convexes, nº 36 ; à leur aide, elle put lire sans difficulté. Je lui donnai successivement les nºs 48, 60 et 72 ; chacun de ces numéros fut changé à peu près tous les quinze jours. Avec ces lunettes, de longues lectures purent être soutenues facilement pendant plusieurs heures ; et au bout de trois mois, elle lisait distinctement sans lunettes. Cette amélioration s'est parfaitement conservée.

Le traitement accessoire a consisté dans l'emploi d'infusions de quassia amara, indiquées par des maux d'estomac, et dans l'usage d'un collyre contenant un centième de sulfate de zinc et d'alun.

Un traitement identique m'a parfaitement réussi chez Mme de R..., qui, ne pouvant presque plus lire depuis trois ou quatre ans, se croyait menacée de perdre la vue. En l'interrogeant avec soin, je vis qu'elle n'avait qu'une disposition extrême à la fatigue des yeux, qu'elle confondait avec une tendance à l'amaurose proprement dite. Je commençai chez elle par le nº 30, et je descendis graduellement, comme dans le cas précédent, à des numéros de plus en plus faibles : le résultat ne fut pas moins favorable.

Il est des cas où j'ai été moins heureux ; ils s'appliquent à des malades qui n'ont pas suivi le traitement avec exactitude, ou qui avaient quelques complications : ainsi M. de C...., âgé de cinquante ans, avait dès sa jeunesse une inflammation chronique de la conjonctive et des paupières ; ainsi Mme J.... était affectée d'une maladie de matrice qu'elle ne pouvait soigner, et qui a pu neutraliser l'effet de tous nos moyens.

Ces faits sont ceux que j'ai recueillis en 1849, époque à laquelle j'ai commencé à m'occuper du traitement de la fatigue des yeux (kopiopie de M. Pétrequin) par l'emploi des lunettes. Depuis, je n'ai cessé d'en rassembler un certain nombre chaque année, et je puis assurer qu'à de rares exceptions près, et à l'aide d'un traitement de deux à trois mois environ, on peut rendre l'aptitude de lire et de travailler sans fatigue aux personnes dont la vue, bonne du reste, se trouble après un court exercice, ou chez lesquelles des douleurs se font sentir après quelques instants d'application.

J'ai habituellement suivi la méthode Schlesinger, c'est-à-dire avec des lunettes de force graduellement décroissante. Deux fois seule-

ment j'y ai joint la métode Massard, c'est-à-dire l'addition de verres de plus en plus forts employés chaque jour pendant quelques instants. Il m'a paru qu'avec cette addition le résultat était plus prompt et plus assuré. *(La fin au prochain numéro.)*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Nouveaux moyens de contribuer au succès de la réunion immédiate. (Issue directe des fils à ligature à travers la peau; — suture à plans superposés.)

Par le professeur BOUISSON (de Montpellier) (¹).

II. *De la suture à plans superposés.* — Parmi les reproches adressés à la réunion immédiate, l'un de ceux qui ont été le plus souvent répétés a consisté à lui attribuer la clôture prématurée des bords de la plaie. Les adversaires de la méthode affirment que les liquides appelés par la fluxion primitive, l'hémorrhagie ou l'inflammation secondaire dans le fond de la plaie, empêchent par cela même le contact nécessaire à la cicatrisation. Quels que soient les efforts des partisans de la réunion immédiate pour l'exonérer de ce reproche, on ne saurait disconvenir qu'il n'y ait lieu à en reconnaître l'exactitude dans beaucoup de cas. Il est vrai, en effet, que la suture entrecoupée telle qu'on la pratique ordinairement, employée seule ou aidée des autres moyens unissants, porte son action principale sur la surface de la peau, et que si elle opère un affrontement exact des bords de la plaie cutanée, elle ne saurait produire une confrontation aussi rigoureuse des parties profondes. Celles-ci se touchent sans être affermies dans ce contact, et dans certaines opérations, telles que les amputations, par exemple, ou des ablations de tumeurs suivies de la formation de godets succédant à la dissection de la peau, les liquides épanchés dans le fond des parties y stagnent, les écartent, et par conséquent s'opposent, par leur interposition, aux phénomènes de cicatrisation immédiate, sans compter qu'ils peuvent jouer le rôle de corps étranger et agir alors directement pour provoquer la suppuration. Il est vrai que la précaution de mettre un intervalle convenable entre les points de suture, le soin de lier exactement les vaisseaux, l'exécution d'un pansement méthodique, et la répartition rationnelle de la compression sur les points qui l'exigent, éloignent les effets dont nous parlons. Dans les plaies

(¹) Suite.— Voir la livraison précédente, p. 256.

réglées de l'art chirurgical, toutes ces mesures tendent, par leur combinaison avec une suture discrètement employée, à prévenir les accidents dus à la stagnation des liquides. Mais ces effets sont quelquefois annulés par les phénomènes naturels qui se produisent à la surface des plaies, et l'on ne peut méconnaître que par les moyens ordinaires le problème n'est pas suffisamment résolu.

En admettant ces imperfections, il faudrait se garder d'un entraînement en sens opposé. N'imitons pas les adversaires de la réunion immédiate, qui, par une étrange aberration dans l'appréciation de ces faits, vont volontairement à la recherche de ce qu'ils prétendent qu'on doit éviter. Ils craignent l'échec de la réunion, et pour l'y soustraire, ils renoncent à la réunion elle-même ; ils redoutent la suppuration qui s'empare des plaies, et ils pansent celles-ci de manière à provoquer nécessairement la suppuration. Peu séduit par cette logique, alors même qu'on croit justifier ses déductions par la promesse de mieux régler les effets de la suppuration, de limiter son étendue et d'éconduire plus sûrement ses produits, nous pensons qu'il vaut mieux chercher à éviter cet accident qu'à le provoquer, sous le prétexte de le diriger favorablement. Nous ne savons que trop combien sont illusoires les espérances émises à cet égard, et combien est trompeuse la prétention de modérer l'intensité et l'étendue de l'inflammation suppurative qui envahit une grande surface traumatique. La propagation inflammatoire aux tissus plus profondément situés, les décollements et les fusées purulentes, les dénudations osseuses, les phlébites, les érésipèles, l'éveil d'une fièvre traumatique intense, les phénomènes plus graves de la résorption purulente, les états fébriles de mauvais caractère qui l'accompagnent, et cette série trop malheureusement enchaînée d'effets qui aboutissent à la mort de l'opéré : voilà les conséquences ordinaires de l'inflammation des grandes plaies chirurgicales. Les statistiques des hôpitaux de Paris ou de Lyon, dans lesquels la réunion immédiate n'a pu se faire accepter, par je ne sais quelle force d'inertie ou de répulsion, témoigneraient au besoin que l'innocuité est loin d'être attachée à la méthode des pansements provocateurs de la suppuration.

Quelle conséquence tirer de cet enseignement, sinon qu'il faut multiplier les moyens d'assimiler les grandes solutions de continuité qui sont d'un affrontement difficile, et qui par cela même suppurent souvent, aux petites plaies qui sont d'un affrontement facile, et qui par cela même suppurent rarement ? Perfectionner la synthèse, donner aux moyens unissants une action plus générale,

répartie sur la profondeur des plaies comme à leur surface, de manière à ne laisser ni vides ni sinus : voilà le véritable problème partiel que laisse encore aujourd'hui le problème général de la réunion immédiate.

Pour se convaincre que l'exécution de cette condition est, en effet, très-importante et peut contribuer puissamment au succès de l'adhésion primitive, qu'on examine la valeur respective des différentes sutures habituellement employées en chirurgie, et l'on s'assurera que celles qui contribuent avec le plus d'efficacité à l'accomplissement des phénomènes adhésifs sont précisément celles qui, par le mécanisme de leur action, augmentent l'étendue du contact des surfaces affrontées et agissent sur le fond comme sur les bords de la plaie. L'application de la suture entortillée aux plaies des lèvres et des joues nous rend témoin chaque jour de réunions immédiates promptes et irréprochables, dues non-seulement à la vitalité et à la richesse vasculaire des parties affrontées, mais surtout au mode d'action des aiguilles qui traversent les tissus, en servant de point d'appui aux fils qui établissent alors une juxtaposition complète des éléments anatomiques, et les maintiennent de telle sorte que la réunion se fait à la fois du côté de la peau, du côté de la muqueuse et dans les tissus intermédiaires. Les mêmes avantages se retrouvent lorsqu'on emploie la suture enchevillée, qui a pour but de rendre uniforme l'affrontement des bords de la plaie et d'agir à une certaine profondeur de celle-ci. Diverses espèces de suture intestinale, y compris celle que nous avons décrite sous le nom de *suture implantée* (¹), ont aussi pour but d'augmenter et d'affermir les points de contact des surfaces à unir, et de remplacer les tentatives jusqu'à ce jour infidèles de la simple coaptation des bords de l'intestin, par la confrontation exacte et étendue des surfaces les plus voisines de la plaie, méthode qui donne des résultats vraiment remarquables et qu'on désirerait pouvoir imiter dans d'autres cas. Quoi qu'il en soit, il demeure évident que les chances d'une bonne réunion sont proportionnelles, toutes choses égales d'ailleurs, à l'étendue et à la régularité de la confrontation des tissus ; et lorsque ceux-ci représentent une surface large ou excavée, ce n'est pas assez d'en réunir les bords, il faudrait pouvoir en réunir le fond et ne pas se contenter d'une simple apposition que le moindre mouvement du malade suffit souvent pour faire cesser, et que l'accumulation des liquides peut surtout détruire.

(¹) Bulletin de l'Académie de médecine, 1851.

Ces considérations conduisent naturellement à l'idée de faire pour le fond des plaies ce qu'on a fait pour leur surface, c'est-à-dire de les assujettir par un plan de suture indépendant de la suture cutanée. Nous avons employé plusieurs fois, à la clinique de Montpellier, cette suture profonde, sous le nom de *suture à plans superposés*, et nous l'avons appliquée spécialement à la castration, opération pour laquelle on a été très-peu fondé, comme nous espérons le démontrer, à contester les avantages de la réunion immédiate. Nos premiers essais ont eu lieu en 1851, date qui nous paraît bonne à indiquer, pour ramener à leur véritable origine les éloges donnés par M. Heurteloup [1] à la *suture profonde*.

C'est, au reste, avec un intérêt d'autant plus grand que nous avons pris connaissance du mode proposé par M. Heurteloup, qu'il confirmait sur ce point nos propres pensées ; mais la manière de procéder est tout autre, et nous ne saurions mieux faire ressortir la différence qu'en rappelant en quelques mots le procédé de ce chirurgien. Il recommande, dans les cas où la suture profonde est applicable, de passer une aiguille courbe dont la concavité regarde l'ouverture de la plaie, à la base des tissus comprimés et rapprochés. Cela fait, on glisse sur les deux extrémités de cette aiguille, qui est en argent, deux pièces du même métal destinées à remplir les fonctions des doigts d'un aide ; ces pièces se rapprochent l'une de l'autre par une pression méthodique et maintiennent les tissus dans la position désirée. Munies chacune d'une vis de pression agissant sur l'aiguille, ces deux pièces sont fixées à volonté à des distances variables, et permettent conséquemment d'obéir à toutes les circonstances qui dérivent de l'augmentation ou de la diminution du volume des tissus. Ce mode de suture profonde est, comme on le voit, une modification de la suture entortillée, dont elle rappelle le mode d'action, et elle exige un mécanisme spécial.

La suture que nous proposons, sous le nom de *suture à plans superposés*, plus simple dans son exécution, n'est autre que la suture ordinaire distribuée sur des plans différents pour empêcher l'écartement des surfaces affrontées. Lorsque la réunion cutanée est faite par des points de suture entrecoupée ou de toute autre manière, nous plaçons un second plan de suture à une distance variable, selon les cas, en nous contentant d'embrasser les tissus dans une anse isolée dont nous rapprochons les chefs, à la manière des étoffes piquées ; tantôt en établissant une sorte de surjet profond, au

[1] Communication à l'Académie de médecine, 4 septembre 1855.

moyen d'un fil qui ondule d'un côté à l'autre de la plaie, et dont les extrémités opposées, fixées par des nœuds, maintiennent le contact des surfaces profondes; tantôt en faisant une véritable suture enchevillée à distance de la suture cutanée. Quel que soit le mode adopté, le but consiste toujours à fixer les surfaces dans des rapports plus intimes et plus durables, et à préparer ainsi un acte adhésif naturel, dont la première condition est la juxtaposition superficielle et profonde des tissus. Le succès de la réunion ainsi préparé exige de ne pas trop multiplier les fils qui traversent la plaie d'une face cutanée à l'autre, et de les distribuer dans la mesure nécessaire pour que leur action irritante comme corps étranger ne nuise pas à leur action unissante. C'est au chirurgien de répartir avec l'intelligence convenable cette suture complémentaire et de choisir les cas dans lesquels ce moyen peut le mieux résoudre le problème qu'on se propose. Nous en avons obtenu spécialement de bons résultats à la suite de l'opération du sarcocèle. Nous nous bornerons à signaler l'observation suivante, en renvoyant le lecteur, pour la connaissance des autres cas, à un mémoire spécial que nous avons publié sur ce sujet ([1]).

Obs. III. *Sarcocèle du côté gauche. Castration; suture à plans superposés; issue des ligatures à travers la peau. Réunion immédiate en six jours.*—M. V., de Rinsobres (Drôme), âgé de vingt-trois ans, d'une constitution grêle, nous fut adressé pour être opéré d'un squirrhe du testicule gauche, qui avait résisté aux moyens médicamenteux, locaux et généraux, que l'on a coutume d'administrer au début de cette affection. La lésion s'était manifestée depuis six mois environ, lorsque le malade se rendit à Montpellier, vers la fin du mois d'avril 1852. Elle paraissait s'être développée spontanément; du moins le malade, en recueillant ses souvenirs, n'avait pu nous signaler qu'un léger coup qu'il s'était donné en maniant des instruments d'agriculture, et auquel il n'avait d'abord porté aucune attention. Ce ne fut que quelque temps après cet accident qu'il s'aperçut d'une tuméfaction dans le corps du testicule, qui ne tarda pas à devenir dur et douloureux. Le malade perdit encore du temps avant de requérir des soins réguliers, et ce ne fut que lorsqu'il commença à ressentir des douleurs dans le trajet du cordon et dans les lombes, qu'il se plaignit de cette affection et reçut des soins médicaux. Des médicaments iodurés ou des résolutifs d'une autre nature n'ayant pas réussi à faire rétrograder la tumeur, le malade dut accepter le conseil qu'on lui donna de se faire opérer, et vint à Montpellier dans ce but.

La nature de la tumeur ne me paraissant pas douteuse, et l'engorgement se manifestant déjà vers la partie inférieure du cordon, j'engageai le malade à ne pas différer l'opération, afin que la dégénérescence ne s'étendît pas au delà du champ rationnel de l'action chirurgicale et ne gagnât les ganglions iliaques ou lombaires.

([1]) Voyez notre Mémoire sur l'opportunité de la réunion immédiate à la suite de l'opération de la castration. (Gaz. méd. de Montpellier, 1854.)

L'opération fut pratiquée le 28 avril. Le malade ayant été convenablement disposé fut soumis à l'action du chloroforme et subit promptement le sommeil anesthésique. Une incision faite depuis l'anneau inguinal jusqu'au bas de la tumeur, mit celle-ci à découvert et permit de la disséquer rapidement. Les artères honteuses externes, et d'autres artères plus profondément placées, furent liées au moment de leur section. Lorsque la tumeur eut été entièrement dégagée et qu'elle ne tint plus que par le cordon, celui-ci dut être disséqué très-haut, parce que le canal déférent présentait à sa partie inférieure quelques nodosités suspectes au delà desquelles il était indispensable de faire remonter la section du cordon. Celui-ci fut d'ailleurs traversé avec une aiguille armée d'un fil, pour isoler le canal déférent et lier seulement le paquet vasculaire. La tumeur fut détachée immédiatement au-dessous de cette ligature. Elle était formée de tissus squirrheux et encéphaloïdes mélangés, et on y retrouvait aussi cette matière jaune, spécialement signalée dans le testicule sous le nom de xanthose.

Nous attendîmes quelques moments pour rechercher si aucune artère ne donnait du sang; et lorsque nous eûmes la certitude que toutes les précautions étaient prises contre une hémorrhagie qui aurait pu compromettre le succès de la réunion immédiate, nous prîmes une autre précaution destinée à favoriser celle-ci. Chaque fil à ligature fut passé à travers le chas d'une petite aiguille droite, aplatie, tranchante sur ses bords; et celle-ci, traversant la peau exactement au niveau du point de la ligature artérielle, dégagea directement les fils à ligature en les amenant au dehors. Les faces opposées de la solution de continuité purent être mises en rapport sans interposition de corps étrangers.

L'affrontement des côtés de la plaie scrotale fut assuré par la suture à plans superposés. Je me servis de la suture enchevillée pour mettre en contact la partie moyenne et le fond de la plaie, et de la suture entrecoupée pour unir les bords. La première suture fut faiblement serrée, afin de ne pas faire subir aux téguments une pression qui aurait pu favoriser les chances d'un étranglement, et la seconde dont les points étaient assez écartés fut complétée dans son action unissante par l'interposition d'un nombre suffisant de serres-fines. Aucun appareil de pansement ne fut placé sur le scrotum. Nous recommandâmes seulement qu'on fît de temps en temps des applications de compresses trempées dans l'eau froide; et lorsque le malade eut été transporté dans son lit, nous fîmes placer une pièce de linge chiffonné entre les cuisses pour soutenir le testicule du côté sain et absorber les humidités qui pouvaient suinter par l'angle inférieur de la plaie.

La journée qui suivit l'opération se passa dans un calme presque complet. Le soir seulement, il survint un peu de chaleur et d'accélération dans le pouls, ce qui n'empêcha pas la nuit d'être bonne. Une potion calmante avait été administrée par cuillerée, d'heure en heure.

Le lendemain, douleur médiocre dans le trajet du cordon. L'affrontement des bords de la plaie se maintient avec exactitude; on enlève quelques serres-fines dans la soirée. (Deux bouillons, tisane d'orge.)

Le 1er mai, le malade est un peu affaissé; il a éprouvé des coliques pendant la nuit, néanmoins l'état de la plaie est satisfaisant. (Infusion de tilleul gommée; lavement émollient, frictions avec de l'huile de jusquiame camphrée sur l'abdomen.) On enlève les autres serres-fines, et on coupe les anses qui servaient à maintenir les rouleaux de sparadrap formant la suture enchevillée.

Le 4, la réunion immédiate est établie sur toute la ligne d'affrontement. Nul accident ne se passe du côté de la plaie; un des fils à ligature est détaché à

travers la peau. Les autres fils sont enlevés les jours suivants ; celui qui avait servi à lier le cordon ne tombe que le neuvième jour. Malgré la guérison de la plaie, le malade avait continué à éprouver des coliques et des douleurs lombaires, qui furent combattues par des narcotiques et qui nous déterminèrent à le retenir au delà du terme de la guérison de la plaie. Ces phénomènes ayant cessé, et les forces étant revenues, l'opéré put retourner chez lui à la fin du mois de mai.

Nous avons eu surtout pour but, en choisissant ce fait parmi ceux que nous avons recueillis concernant la même opération, de démontrer la rapidité de la guérison et l'innocuité des moyens qui l'assurent. Ce fait nous a même paru apporter une plus grande part de démonstration, en raison du genre d'opération à laquelle il s'applique. Il suffit, en effet, de faire une revue rapide des opinions au sujet de l'opportunité de la réunion immédiate après l'opération du sarcocèle, pour se convaincre que ce moyen est généralement réprouvé et que l'on considère la difficulté d'obtenir cette réunion, réputée chimérique, comme un motif de préférer la réunion secondaire. Cette pratique date déjà de loin, et, sans remonter plus haut que Sabatier, on lit dans l'ouvrage de ce chirurgien qu'après la castration, il faut favoriser la suppuration par tous les moyens d'usage. Boyer, le représentant classique de la chirurgie pendant le premier quart de notre siècle, s'exprime dans le même sens et se tient pour satisfait lorsqu'après des pansements provocateurs de la suppuration il obtient une guérison en trente-six ou quarante jours. Les chirurgiens qui ont remué le plus de questions soit par scepticisme, soit par génie novateur, n'en ont pas moins suivi la même voie, eu égard à ce point de pratique : Dupuytren, Richerand, Lisfranc et Roux lui-même, qui ne dissimulait pas ses préférences pour la réunion immédiate dans d'autres cas, conseillaient de renoncer à ce moyen dans l'opération du sarcocèle. L'école chirurgicale contemporaine de Paris partage généralement les mêmes vues, contre lesquelles, hâtons-nous de l'ajouter, a toujours protesté l'école de Montpellier, surtout par l'exemple de Delpech et de Serre. Nous nous croyons fondé à tirer des faits de notre pratique des arguments favorables à la même cause, et à soutenir qu'avec l'aide de la suture à plans superposés, c'est-à-dire de la réunion immédiate simultanément superficielle et profonde, et la précaution auxiliaire de dégager directement les fils à ligature à travers la peau, on abrège la durée de la guérison dans les limites permises par les progrès de l'art. L'observation que nous avons citée fait constater une cicatrisation sans suppuration en six jours.

Lorsqu'on examine sérieusement les objections adressées à la

réunion immédiate, après l'opération de la castration, on ne tarde pas à se convaincre qu'elles tombent devant les ressources que l'art peut opposer aux difficultés que la réunion présente. L'enroulement des bords de la plaie, provoqué par le plan dartoïde qui double la peau, peut être facilement vaincu par une suture cutanée bien faite, et mieux encore par l'emploi de serres-fines, dont la pression est si favorable dans ce cas, qu'on peut dire que les plaies scrotales comptent parmi celles qui réclament spécialement ces légers compresseurs unissants dont M. Vidal a doté la synthèse chirurgicale. La prétendue fréquence des hémorrhagies est suffisamment écartée par la précaution de lier tous les vaisseaux; et si, conformément au précepte que nous donnons, on éconduit les fils à travers la peau, on neutralise par ce complément de précaution l'une des causes qui provoquent le plus souvent cette inflammation phlegmoneuse dont la possibilité a été aussi transformée en argument contre la réunion immédiate. Quant au reproche fondamental adressé à cette dernière méthode de laisser en arrière de la ligne de réunion cutanée un sinus, cerné par une enveloppe lâche, extensible, au fond de laquelle les suintements séro-sanguinolents ou purulents s'accumulent, il n'offrirait d'importance qu'autant qu'il y aurait impossibilité de prévoir l'accident signalé et qu'on serait obligé de courir le hasard de sa production. Mais on ne saurait imputer à la réunion ce qui dépend de la non-application des moyens de la rendre efficace. Or, ces moyens consistent dans la précaution de sacrifier une certaine partie de l'enveloppe tégumentaire au moment de l'opération et à inciser la poche scrotale assez bas et en arrière pour que les liquides s'échappent par cet égout inférieur; ils consistent surtout dans l'emploi d'un second plan de suture qui affronte les divers points de la face profonde de la peau.

La suture à plans superposés, dans ses applications à l'opération du sarcocèle et à tous les cas analogues, c'est-à-dire à ceux où la dissection d'une tumeur a laissé des excavations ou des godets sous-tégumentaires, assujettit dans un contact permanent une série de points de la surface saignante de la plaie. Par cette confrontation efficace, elle augmente les chances d'adhésion et complète les résultats ordinaires qu'on attend de la clôture simple de la plaie.

Bien que la suture tégumentaire ait pour but de ramener la surface traumatique produite par l'opération aux conditions de la plaie sous-cutanée, elle est souvent insuffisante après l'opération du sarcocèle. Comme elle ne détermine pas de rapports fixes entre les surfaces saignantes intérieures, que des liquides épanchés les écartent

ou que des frottements intempestifs rompent les premières adhérences du plasma, la peine du chirurgien est souvent perdue; la réunion superficielle peut réussir, mais la réunion intérieure échoue. C'est pour parer à cet échec que la suture profonde ou à plans superposés est avantageuse.

Une revue des diverses opérations chirurgicales mettrait sous les yeux du lecteur de nombreuses circonstances où notre suture paraîtrait opportune. Pour ne pas compliquer inutilement le dossier de ce vieux procès si obstinément soutenu contre la réunion immédiate, nous limiterons notre plaidoyer au rappel des avantages de cette méthode dans quelques cas où la multiplicité des plans de suture a évidemment contribué à son succès. Le fait suivant nous a paru porter avec lui la valeur d'un argument.

Obs. IV. *Destruction partielle de la cloison recto-vaginale. Restauration de cette cloison par l'affrontement des côtés avivés du vagin. Double plan de suture vaginale et rectale. Guérison.* — Mme M..., des Martigues (Bouches-du-Rhône), âgée de trente ans, d'une constitution lymphatique, mariée à vingt-quatre ans, éprouva au terme ordinaire d'une grossesse heureuse les premiers efforts du travail de l'enfantement. La conformation du bassin étant régulière, le travail marcha assez rapidement, et la tête de l'enfant, qui était volumineuse, parvint à la vulve avant que les parties extérieures eussent subi une dilatation complète. La rigidité de ces parties, assez fréquente chez les primipares, et une contention insuffisante du périnée ajoutèrent aux conditions défavorables du passage de la tête de l'enfant. Il en résulta une rupture très-étendue comprenant tout le périnée, depuis la fourchette jusqu'à l'anus, et intéressant la cloison recto-vésicale, dans l'étendue de 5 centimètres.

Ce pénible accident ne fut pas traité chirurgicalement; on n'eut recours ni à la suture ni à aucun moyen unissant, et l'on se contenta de lotions émollientes pour modérer l'inflammation considérable qui s'empara de la région périnéo-vulvaire. Des escarres se détachèrent, et lorsque cette première série d'accidents fut terminée, on s'aperçut qu'il existait une incontinence partielle de matières fécales. Les matières solides seules étaient retenues, mais les liquides et les gaz sortaient involontairement, et leur émission se faisait par une ouverture commune à l'anus et à la vulve. La malade vécut pendant plusieurs années dans cet état, se bornant à des soins de propreté, et elle ne se décida à un traitement sérieux que vers le commencement de l'année 1855. C'est à cette époque qu'elle vint réclamer nos soins.

L'examen de la région ano-périnéale nous fit reconnaître la destruction de la fourchette et la déchirure totale du périnée, de telle sorte que la fente vulvaire s'étendait jusqu'à l'anus. La cloison recto-vaginale était détruite jusqu'à la hauteur de 5 centimètres, et en écartant les lèvres de la vulve, on apercevait à droite et à gauche des inégalités qui indiquaient les restes des moitiés latérales résultant de la déchirure antéro-postérieure. Au fond du cloaque ano-vaginal, on apercevait l'ouverture d'issue des matières fécales. Une disposition aussi fâcheuse ne nous sembla curable que par une opération ayant pour but de rétablir la cloison aux dépens des côtés avivés du vagin, en formant un plan de

suture vaginale et un plan de suture rectale, enfin un plan de suture cutanée pour restaurer le périnée. La malade étant décidée à supporter toute tentative, l'opération fut exécutée le 19 mars.

Quelques précautions ayant été prises, telles que celle d'administrer un purgatif la veille de l'opération, un lavement dans la matinée, et après avoir recommandé la diète nécessaire pour que la présence inopportune des matières ne fît pas échouer la réunion, la malade fut anesthésiée, disposée convenablement et maintenue par des aides. J'avivai d'abord, à droite et à gauche, les bords de l'ouverture vulvaire dans sa partie postérieure, et spécialement dans les points correspondant à la déchirure antéro-postérieure du périnée. Une perte de substance intéressant la muqueuse et le tissu sous-muqueux fut ensuite opérée à droite et à gauche du vagin, dans le sens antéro-postérieur, et dans la direction des saillies formées par les vestiges de la portion détruite de la cloison, depuis l'ouverture jusqu'au point où cette cloison se terminait; son rebord frangé fut également avivé. Après avoir abstergé la partie pour bien reconnaître si la perte de substance était suffisante, j'appliquai une première série de points de suture sur le rebord postérieur de chaque plaie latérale du vagin, en dirigeant les fils de manière à dégager les chefs du côté du rectum. Le nœud fut serré dans ce sens, et un chef étant coupé, le fil restant sortit par l'ouverture anale ainsi restituée. Trois points de suture avaient été appliqués. La même opération fut faite sur le rebord antérieur de chaque plaie latérale du vagin, et les fils furent ramenés vers l'intérieur de ce conduit, de manière à ce qu'après la formation du nœud et la section d'un chef, l'autre chef pût sortir par le vagin. Deux plans de suture ainsi superposés, l'un vaginal, l'autre rectal, mettaient en rapport les surfaces avivées sur le côté et, tout en rétrécissant le vagin, avaient pour but de former une cloison cicatricielle assez épaisse dans le prolongement de la cloison normale qui rétablît l'indépendance primitive de l'anus et du vagin. Quelques derniers points de suture furent placés dans la direction du périnée, pour réunir la plaie cutanée. L'opération ainsi terminée, je portai un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin, pour m'assurer que leur séparation était effectuée, et j'acquis la certitude que le double plan de suture était efficacement établi et pouvait atteindre le but que je m'étais proposé.

La malade n'avait souffert que dans les derniers moments de l'opération, depuis la suspension de l'anesthésie; elle fut disposée dans son lit de manière à mettre tous les muscles dans le relâchement, et prit une potion sédative. Un régime assez rigoureux fut prescrit pendant les premiers jours. J'eus le soin de lui administrer de l'opium, tant pour obtenir du calme que pour produire une constipation prolongée. Les fils à suture du plan vaginal se détachèrent les premiers, dès le sixième jour; le lendemain, d'autres fils tombèrent du côté du rectum. Le huitième jour, la plaie était entièrement exonérée des fils à suture. La séparation entre le vagin et le rectum était obtenue. Le premier conduit était coarcté; mais l'ouverture anale était rétablie, ce qui importait surtout à l'opérée. Au reste nulle fièvre ne s'était manifestée et aucun accident inflammatoire ou autre n'avait entravé la marche du travail réparateur. La malade prolongea son séjour à Montpellier pour se faire traiter d'une gastralgie chronique qui la tourmentait surtout depuis son accident, et nous avons pu nous assurer qu'elle avait obtenu de l'opération susindiquée les résultats que nous en attendions.

Cette restauration de la cloison recto-vaginale a été pratiquée d'a-

près le procédé recommandé par Dieffenbach, qui cite plusieurs observations entièrement analogues à celle qui précède. Nous ne reproduirons pas les arguments qu'a fait valoir le savant chirurgien de Berlin en faveur de cette manière d'opérer; mais nous ferons remarquer que les succès qui s'y rattachent tiennent surtout à la multiplicité des points de suture et spécialement à la superposition des plans de celle-ci. La précaution d'isoler les sutures vaginale et rectale, au lieu de comprendre dans la même anse de fil toute l'épaisseur des tissus avivés, présente des avantages qui s'expliquent facilement. Les chances de succès sont en effet bien plus grandes, puisque la réussite isolée de chaque plan de suture peut suffire à la guérison. Il y a en outre des chances d'adhésion pour les surfaces avivées comprises entre la ligne de suture vaginale et celle qui correspond au rectum. En réunissant par une seule série de points de suture toute l'épaisseur des tissus destinés à séparer les deux conduits naturels, on diminue nécessairement l'étendue des parties affrontées, et, au lieu d'opposer deux surfaces, on ne met en contact que deux lignes de tissus. Or, si un fil vient à couper prématurément ceux-ci et à se détacher, une communication anormale en résulte nécessairement et permet les filtrations des matières irritantes qui compromettent la réunion. La suture à plans superposés présente donc d'incontestables avantages dans les cas analogues à celui que nous avons relaté.

L'anaplastie vaginale est loin d'être la seule pour laquelle on doive demander à la suture multiple, profonde, ou à plans divers, les services qui viennent d'être mentionnés. On peut même établir que les opérations anaplastiques, considérées d'une manière générale, ont pour condition de succès l'emploi de la réunion immédiate. C'est une vérité que personne n'est disposé à contester, et nous en prenons acte pour reconnaitre en passant que si la réunion immédiate a réellement contribué aux progrès de la chirurgie plastique, on aurait dû se montrer un peu moins sévère pour elle dans les opérations de chirurgie mutilante. Mais pour rester dans notre sujet, bornons-nous à constater que le succès de la réunion immédiate a lui-même pour condition l'emploi régulier des divers moyens unissants dont l'art dispose. La suture, les serres-fines, les agrafes, etc., apportent leur contingent respectif de services, et à la variété des instruments se joint le nombre de précautions destinées à faciliter la greffe animale. L'anaplastie ne doit sa réussite qu'à l'excès de soins qu'on met à juxtaposer les parties; et ce n'est pas trop de multiplier les points de suture ou d'y adjoindre d'autres modes de réunion. La

peau, les muqueuses, les tissus intermédiaires sont affrontés, soudés pour ainsi dire par l'art; et la soudure naturelle, c'est-à-dire la cicatrisation immédiate, vient couronner l'œuvre du chirurgien, qu'une crainte chimérique de l'inflammation n'a pas arrêté.

Notre système de réunion à plans superposés ou multiples ne comporte pas, comme on le voit, l'usage exclusif de la suture sanglante. Si celle-ci est fréquemment employée, c'est qu'il est souvent indispensable de prendre des points d'appui dans l'épaisseur même des tissus. Mais il est évident que lorsqu'on peut s'en passer et substituer à ce mode de réunion d'autres moyens, qui, en prenant seulement un point d'appui extérieur, suffisent à un affrontement solide et régulier, il convient de bénéficier à cet égard des progrès récents de l'art, et d'épargner à l'opéré la perforation des tissus par des aiguilles et la permanence des fils dans leur épaisseur. Des serres-fines, des couches de collodion appliquées à propos, peuvent parfaitement atteindre le but. Nous avons ainsi obtenu un succès très-satisfaisant pour une restauration du sac lacrymal et de la paupière inférieure [1], où nous avons fait concourir ces divers moyens unissants. Les serres-fines sont un auxiliaire très-utile de la suture et peuvent quelquefois la remplacer complétement; elles conviennent surtout lorsque l'affrontement est facile, que les surfaces à coapter n'ont qu'une faible épaisseur, comme la peau ou les muqueuses dont l'élasticité ne lutte pas trop fortement contre la force du ressort qui caractérise ce genre d'instrument. Sans vouloir passer en revue tous les cas dans lesquels leur application pourrait être fructueuse, qu'il nous suffise de dire en terminant qu'on peut surtout en attendre des services pour les opérations d'autoplastie faciale, dans les cas de réunion cutanéo-muqueuse, ou lorsqu'il s'agira d'obtenir une prompte cicatrisation des lèvres d'une plaie intéressant un conduit excréteur.

Enfin, on peut considérer comme le triomphe de la réunion immédiate, accomplie par les moyens que nous avons recommandés dans ce mémoire, toutes ces opérations de chirurgie élégante et minutieuse, que Berlin et Montpellier se disputent l'honneur d'avoir créée, et dont l'exécution, faite sur de petites surfaces, avec de petits bistouris, des pinces à dents de souris, des érignes déliées, exige un pansement en harmonie avec le caractère de l'opération,

---

[1] Voyez la narration de ce fait dans un article en réponse à une lettre chirurgicale que nous avait adressée M. Vidal (de Cassis) au sujet des serres-fines. (Union médicale, 1850).

et se termine par des points en fil de soie, placés avec des aiguilles du plus faible diamètre. Le dégagement direct des fils à ligature à travers l'épaisseur des lambeaux, les sutures multiples cutanéo-muqueuses, profondes ou à plans divers, ajouteraient la sécurité du résultat à la délicatesse du but. Les serres-fines, les épingles à insectes pour de légères sutures entortillées, les agrafes exiguës, variées par l'imagination de l'opérateur, viendraient heureusement compléter l'arsenal en miniature de cette chirurgie de précision.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Des dragées de goudron et de leur mode de préparation.

Par M. Dannecy, pharmacien à Bordeaux.

L'eau de goudron est la seule forme sous laquelle on a l'habitude d'administrer cette substance, et encore ne peut-on faire prendre aux malades que de faibles quantités du médicament ; très-souvent même il arrive que leur répugnance pour cette préparation rend cette médication impossible ou en limite l'emploi et prive le médecin d'une ressource puissante. Les auteurs et les praticiens sont tous d'accord sur les propriétés thérapeutiques de cet agent ; ils lui ont reconnu une spécificité d'action et une utilité incontestable, mais il manquait, pour rendre l'administration de ce médicament facile et pour en généraliser l'usage, une forme pharmaceutique commode qui conservât au goudron toutes ses qualités. C'est dans le but de combler cette lacune que j'ai entrepris un grand nombre d'essais, et je crois être arrivé à un résultat utile. Je mélange à froid le goudron de Norwége avec un 1/15 de son poids de magnésie et laisse ces substances en contact pendant quinze jours, à la température de la cave. Au bout de ce temps, le mélange, devenu parfaitement maniable, peut être mis sous la forme de dragées, forme sous laquelle il est supporté sans aucune répugnance par les malades. On peut aromatiser le sucre qui sert à les enrober, et masquer ainsi la faible odeur de goudron qu'elles laissent dégager.

Quelques praticiens de Bordeaux, qui ont expérimenté ces dragées, y ont fait ajouter les uns du fer, les autres du quinquina, et l'on comprend combien il est facile d'y faire telle ou telle addition qui sera jugée utile.

Sur la destruction des miasmes par des mélanges fumigatoires nouveaux.

Malgré les nombreux agents qui peuvent être employés pour pratiquer les fumigations antimiasmatiques, celles-ci sont trop rare-

ment mises en usage. Cela tient en grande partie à ce que les substances les plus recommandées, le chlore et l'acide sulfureux, sont insupportables pour beaucoup de personnes. Il existe encore l'acide nitrique proposé par le docteur Smith, dont les avantages ont été admis par un grand nombre de chimistes, et notamment par l'illustre professeur de Giessen. « Les médecins, dit M. Liébig, connaissent les effets salutaires que l'on obtient par l'évaporation de petites quantités d'acide nitrique (et non de chlore, dont les effets sont le plus souvent fâcheux), ou par la combustion du soufre, c'est-à-dire par des matières qui détruisent les gaz nuisibles ou qui en arrêtent la décomposition. » Si cette fumigation n'est pas restée dans le domaine de l'hygiène, c'était à cause du danger d'introduire dans l'intérieur des familles deux poisons redoutables, soit l'acide nitrique, soit l'acide sulfurique servant à dégager l'acide nitrique des nitrates. M. Boutigny (d'Evreux), dans une note qu'il a adressée à l'Académie de médecine, propose un moyen très-simple de faire disparaître ce danger : l'emploi d'une poudre fumigatoire qui, d'après le rapport de M. Bouchardat, remplit complétement le but de son auteur.

Voici la composition de cette poudre :

On prend : bi-sulfate de potasse, 1 équiv.; nitrate de potasse, 1 équiv.; peroxyde de manganèse, Q. S. pour noircir le mélange. On pulvérise grossièrement chaque substance, ensuite on les mêle avec soin.

Lorsqu'on veut procéder, on fait chauffer, au petit rouge, une pelle à feu, une brique, un creuset, etc., et on projette quelques grammes de poudre, et tout aussitôt d'abondantes vapeurs d'acides azotique, hypo-azotique, se dégagent.

M. Boutigny a imaginé un petit fourneau à main en fonte, pour cette fumigation; M. Bouchardat l'a trouvé très-commode; il a quelque ressemblance avec une longue pipe, dont le tuyau serait emmanché dans une poignée de bois.

En résumé, dit M. Bouchardat, la poudre fumigatoire de M. Boutigny, par sa couleur et sa saveur, ne peut être confondue avec aucune des substances qui servent à l'alimentation de l'homme; son innocuité permet de l'introduire sans danger dans toutes les demeures, et nous croyons qu'elle peut rendre des services dans tous les cas où l'on croira devoir recourir aux fumigations nitriques.

Après la fumigation, M. Boutigny fait brûler un petit feuillet de papier qui dégage une odeur des plus agréables. Ce papier est pré-

paré comme il suit : on fait dissoudre une partie de nitre et deux parties de sucre dans six parties d'eau, et on fait sécher.

Ainsi se trouve résolu le problème des fumigations nitriques sans danger.

Une dernière remarque. Nous avons dit que M. Boutigny croyait peu à l'efficacité des substances organiques ; toutefois le café ferait exception, et l'auteur recommande dans sa note de torréfier chez soi le café dont on fait usage ; en agissant ainsi, dit-il, on assainirait sa demeure, et on empêcherait la chicorée d'y entrer, ce qui n'est pas à dédaigner.

Observation pratique sur la confection des bols et des pilules.

On a proposé tout dernièrement le miel comme excipient, afin de donner aux masses pilulaires une consistance molle, ne durcissant jamais ; nous lui préférons le sirop de sucre incristallisable, vulgairement appelé *mélasse*. Cette substance se prête beaucoup mieux à la manipulation, et il en faut une bien moins grande quantité pour arriver au même résultat. La mélasse, on le sait, jouit d'une propriété hygrométrique incontestable, qui en fait un agent précieux pour la préparation de certains produits de l'industrie.

Il y a plusieurs années, nous avons expédié au Brésil des pilules officinales, dans lesquelles la mélasse est entrée comme excipient ; on nous annonce que ces pilules n'ont subi aucune altération dans leurs formes physiques et dans leur action thérapeutique ; elles sont molles et flexibles à la pression des doigts, propriété essentielle à cette forme médicamenteuse, car lorsque des pilules sont trop dures, elles traversent le tube digestif sans être dissoutes.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouvel emploi du nitrate d'argent comme moyen abortif du panaris.

Nous sommes déjà loin de l'époque à laquelle le professeur Roux proscrivait une multitude de moyens vantés contre la première période du panaris, tels que l'application du cérumen des oreilles (Aëtius), l'introduction du doigt malade dans l'oreille d'un chat (L. Rivière), l'emploi de la fiente de porc et des matières stercorales de l'homme, l'usage d'une compression circulaire au delà de la partie enflammée, l'immersion du doigt dans l'eau bouillante

connue depuis Aëtius, l'application de cendres très-chaudes, etc. Depuis lors, divers moyens nouveaux ont été préconisés ; je signalerai spécialement les frictions mercurielles répétées tous les quarts d'heure *loco dolenti*, l'enveloppement du doigt par des compresses imbibées de laudanum, et mieux encore l'immersion du doigt dans ce liquide chauffé, enfin l'application non interrompue de l'eau froide en bain ou en irrigation, ou bien encore, comme je l'ai vu, en 1850, pratiquer par M. Baudens au Val-de-Grâce, celle d'un mélange réfrigérant (sel marin et glace pilée) contenu dans une compresse en entonnoir, dont le doigt occupe le centre. Mais ce dernier moyen a le grave inconvénient de produire la gangrène, à moins d'une permanente surveillance du chirurgien, ce qui, en pratique, ne me paraît guère possible; quant aux autres, il n'en est pas un qui ne compte de nombreux insuccès.

Depuis longtemps, je dois à l'un de mes parents, le docteur L. de Postis, la connaissance d'une médication fort simple, qu'il croit avoir apprise des Anglais ; je n'ai pu en retrouver la source. Bien souvent déjà, j'ai eu occasion de la mettre moi-même à l'épreuve, et, soit dans ma pratique, soit dans celle des confrères à qui j'ai contribué à la faire adopter, je ne lui connais point d'insuccès, à la condition de l'employer à l'époque et de la façon convenable.

Le panaris se développe ordinairement sous l'influence de la plus légère provocation et le plus souvent même spontanément. Dès le début, on éprouve une chaleur sourde, accompagnée d'un sentiment léger de cuisson, en un point du doigt affecté, aux environs de l'ongle ; une tache rosée, large comme une lentille, indique ce point au regard. La pression éveille de la douleur et efface la tache, qui reparaît immédiatement, et s'agrandit même par des expérimentations réitérées. Au bout de quelques heures, la douleur est devenue plus précise, la coloration rosée s'est foncée et étendue, un peu de tuméfaction de la peau se manifeste, mais si peu considérable qu'il faut l'examen comparatif du doigt homologue sain pour la constater. La douleur augmente rapidement; elle tend à devenir pulsative, mais elle ne l'est pas encore. C'est alors le bon moment pour faire avorter le panaris par l'emploi du nitrate d'argent.

Voici comment je procède : je mouille légèrement toute la surface rouge et douloureuse, le nitrate d'argent n'agissant pas suffisamment à sec ; sur cette surface rouge, douloureuse et à peine tuméfiée, et de manière à dépasser un peu les limites de la coloration rosée sur la peau saine, je promène lentement l'extrémité d'un crayon de nitrate d'argent cristallisé ; je continue l'opération assez longtemps

(une minute au moins) pour m'assurer que l'influence du caustique a traversé l'épiderme, ce que m'indique la coloration brunâtre de ce dernier; je laisse sécher sur place la gouttelette du liquide qui a servi à mouiller la surface cautérisée, et qui est devenue une solution concentrée de nitrate d'argent; elle achève la cautérisation et consolide le succès de l'opération.

La peau, d'abord fortement brunie, ne tarde pas, au bout de quelques heures, à prendre une belle teinte noire, comme charbonnée, et, à partir de ce moment, la guérison est définitive. Après quelques jours, l'épiderme cautérisé s'écaille, et tout est dit.

Quand on opère dès l'apparition du premier phénomène, les malades ne sentent rien, pas même un peu de démangeaison ni pendant ni après l'opération, et, très-peu de temps après, la douleur vague du panaris commençant cesse elle-même tout à fait. J'ai eu occasion d'observer ce fait chez deux personnes, entre autres, très-sujettes au panaris, et qui ayant éprouvé une première fois le bénéfice d'une médication si simple, ne manquent pas de venir me demander une cautérisation toutes les fois qu'elles constatent sur quelqu'un de leurs doigts le début d'un panaris.

Mais lorsqu'on opère à l'époque où déjà la douleur digitale commence à devenir pulsative, immédiatement après l'opération, cette douleur augmente sensiblement de manière à faire croire à une aggravation du mal : il n'en est rien. Au bout de quelques heures, la douleur s'endort, et, à moins qu'il n'y ait déjà un commencement de suppuration, elle cesse tout à fait.

Bien que je ne puisse conseiller avec la même certitude de succès la petite opération dont je parle à une époque plus avancée du panaris, c'est-à-dire alors qu'il y a déjà un commencement de suppuration, il m'a paru que, dans ce cas, cette dernière est ordinairement enrayée; mais on conçoit que la guérison se fait toujours un peu plus longtemps attendre. Le phénomène constant que j'observe alors, c'est un amendement notable de la douleur qui la rend très-supportable; en même temps les phénomènes inflammatoires s'arrêtent et prennent une marche rétrograde; c'est là déjà un avantage assez grand pour qu'on n'hésite pas à employer le caustique; et j'ajoute que dans aucun cas, même dans une période plus avancée, je ne l'ai vu produire du mal, ou amener des accidents.

Mais comment agit le nitrate d'argent? Est-ce simplement par la destruction de la partie malade? Je ne le pense pas; la cautérisation est trop superficielle. Je crois plutôt qu'il s'opère là ce qui se passe

dans les plaies chroniques, dans les phlegmasies chroniques et asthéniques des muqueuses, dans toutes les lésions en un mot que le nitrate d'argent modifie et améliore d'une manière si remarquable. La vie locale de la partie est fortement impressionnée, le mode vicieux vital qui s'y est accidentellement développé est perturbé, et la secousse qu'il reçoit permet le retour à l'état normal. C'est là une *métasyncrèse* (changement d'état); la médication que je propose est donc une médication métasyncrétique, et le nitrate d'argent n'agit pas seulement comme caustique mais comme véritable agent vital. Docteur H. Guinier,

Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Paraplégie et hématurie, emploi de l'électrisation localisée. — Guérison rapide de l'hématurie, amélioration notable de la paralysie.

Au mois de septembre 1855, je fis sur la tête et sur la colonne vertébrale une chute de cheval, à la suite de laquelle j'éprouvai immédiatement tous les symptômes d'une congestion cérébrale. A ces symptômes, mon confrère Prestat, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, opposa de fréquentes saignées générales, de nombreuses applications de sangsues, des révulsifs répétés; grâce à l'énergie incessante de ce traitement, je vis, dans l'espace d'un mois environ, se dissiper successivement les principaux accidents qui m'avaient si justement alarmé. Mais dans mes premières tentatives pour quitter le lit et l'appartement, je m'aperçus que les mouvements des membres inférieurs étaient devenus difficiles, pénibles ; en marchant, je ressentais une tension douloureuse dans la région lombaire, plus particulièrement le matin en me levant. Le membre pelvien gauche exécutait les mouvements nécessaires à la progression avec plus de difficulté que le membre droit. Je supposai d'abord que cet allanguissement, cette faiblesse de l'action musculaire étaient le résultat des copieuses évacuations sanguines auxquelles j'avais été soumis, mais au lieu de se dissiper avec le temps, l'exercice et sous l'influence d'un régime convenable, cet état augmenta de jour en jour et j'acquis dès lors la triste certitude que j'étais paraplégique.

Avant d'entrer dans de nouveaux détails sur les faits qui suivirent ce premier temps de la maladie, il me semble utile d'indiquer les conditions dans lesquelles elle est venue me surprendre. Ma santé, jusque-là, n'avait été troublée par aucune affection notable; j'avais atteint cinquante-huit ans, en n'éprouvant de temps à autre que les

seuls inconvénients attachés à mon tempérament essentiellement sanguin : susceptibilité très-grande, céphalalgies, étourdissements, inconvénients contre lesquels j'avais recours assez souvent aux émissions sanguines. En aucun temps, je n'avais été sujet aux hémorrhagies, aux flux hémorrhoïdaux, La chute de cheval était donc bien évidemment la cause déterminante de l'état de paraplégie actuel.

Vers le mois de mai 1856, je fus pris d'une douleur profonde à la partie moyenne externe de la jambe gauche, et bientôt cette douleur fut suivie, dans cette région, d'une inflammation phlegmoneuse ayant son siége sous le muscle grand péronier latéral ; la suppuration établie, il devenait nécessaire de donner issue à la matière purulente par une large incision pénétrant jusqu'au foyer. La nécessité de pratiquer promptement cette incision avait été reconnue par MM. les docteurs Peyron de Marines, Prestat et David de Pontoise ; elle donna issue à une quantité considérable de pus sanguinolent, dont l'aspect nous fit un instant craindre une carie du péroné, qui fut découvert. Toutefois, après un séjour de cinq semaines au lit, la suppuration diminua, se tarit, et la plaie se cicatrisa sans élimination de séquestre. Les mouvements des jambes n'avaient rien perdu mais n'avaient rien gagné non plus à ce repos prolongé, à ce séjour au lit.

Forcé par mes occupations de visiter mes malades en voiture, je fus, après une de ces courses, arrêté par un accident nouveau : une hématurie des plus violentes, précédée d'incontinence et de difficulté dans l'évacuation de l'urine. J'eus recours aussitôt, pour cette dernière maladie, aux conseils éclairés des praticiens les plus éminents qui se sont voués à cette spécialité ; mais en dépit de la persévérance avec laquelle je les mis en pratique, cette inquiétante affection n'en persista pas moins et avec la même intensité.

Mon état paraplégique n'avait, à son tour, obtenu aucune amélioration sensible quand, sur l'indication du docteur Boinet, je m'adressai, le 22 mai dernier, à notre savant et obligeant confrère Duchenne, de Boulogne. Comme le docteur Boinet, j'avais l'espoir que des secousses électriques rendraient un peu d'action à mes jambes paralysées ; mais une amélioration d'une autre nature devait être d'abord le résultat des tentatives si sagement dirigées par M. Duchenne ; après cinq séances seulement, le 8 juin, l'hématurie avait disparu ; après la douzième, le 27 juin, l'incontinence avait diminué très-notablement, et aujourd'hui, 24 août, après vingt-cinq séances, cette infirmité a complétement cessé.

Ce qui me paraît surtout digne de remarque, c'est que le courant

électrique a seulement été dirigé à l'extérieur sur les parois du bas-ventre et sur les muscles des cuisses et des jambes. L'état paraplégique est également moins prononcé, et si les membres sont loin d'avoir repris leur activité normale, il m'est facile de constater, dès à présent, que j'éprouve moins d'embarras, moins de gêne à les mouvoir.

Doit-on attribuer en partie cette difficulté, cette gêne, au phlegmon développé à la jambe gauche? La paralysie s'est-elle étendue aux organes urinaires ? L'affection de la vessie aurait-elle, au contraire, eu de l'influence sur le système cérébral ? Quoi qu'il en soit, ce que je tiens à constater ici, c'est que l'incontinence, c'est que la difficulté de la miction, qui me privaient de sommeil et portaient un trouble si grand à ma santé générale; c'est que l'hématurie, qui se renouvelait avec fréquence, avec intensité, pour le moindre exercice, et brisait mes forces, ont entièrement cessé et que je dois en faire remonter le bienfait et en reporter la reconnaissance aux conseils éclairés, aux pratiques judicieuses, prudentes et si habilement dirigées de l'honorable docteur Duchenne, de Boulogne. C'est pour sa méthode un succès de plus à proclamer, et que, dans l'intérêt de la science, vous vous plairez comme moi sans doute à publier.

G. Borel,

Médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments d'histologie humaine, par Kölliker, professeur à l'université de Wurzbourg. Traduction de MM. J. Béclard et Sée, revue par l'auteur. Ouvrage accompagné de 334 gravures intercalées dans le texte.

Quel que soit, au point de vue de la science de la vie normale ou pathologique, l'avenir réservé aux recherches microscopiques appliquées à l'étude de la structure intime de l'organisation, tout homme sincèrement ami du progrès doit applaudir à ces recherches, et, si peu que vaille son suffrage, les encourager. Nous ne savons si, à reculer ainsi les bornes de l'analyse anatomique, on parviendra plus sûrement à déchiffrer l'énigme de la vie; mais alors même que l'histologie échouerait dans cette lutte aussi complétement que l'anatomie grossière de l'amphithéâtre, son œuvre ne serait pas vaine; car, supposez que, par une voie quelconque, nous fussions parvenus à soulever le voile qui couvre le mystère de la vie, il resterait toujours à étudier le théâtre où ce mystère s'accomplit, la forme des

éléments primordiaux qu'elle met en jeu, pour réaliser l'idée complète sous laquelle elle est conçue. C'est là, en effet, le but essentiel que poursuit cette science toute moderne et qu'elle est encore bien loin d'avoir atteint. Ecoutez plutôt un de ses plus illustres représentants, l'auteur même du livre dont il s'agit ici. « Si l'histologie, dit M. Kölliker, veut s'élever au rang d'une véritable science, son premier soin doit être de s'assurer une base objective aussi large et aussi certaine que possible. A cette fin, elle doit pénétrer à fond dans la structure intime des tissus de l'organisme animal, et les envisager sous toutes leurs faces ; et cela, non-seulement chez l'individu développé, mais encore dans toutes les périodes les plus reculées du développement. Les éléments étant complétement connus, sous le rapport morphologique, son autre but doit être de poursuivre la recherche des lois suivant lesquelles les parties élémentaires prennent naissance, comment elles croissent, comment elles parviennent à leur forme permanente, étude qu'il est impossible d'aborder sans envisager en même temps leur composition chimique et leurs fonctions. Pour trouver ces lois, il faut d'ailleurs, comme dans toute recherche scientifique, à l'aide de l'observation patiente des phénomènes et des faits particuliers, distinguer ce qui est accidentel de ce qui est constant, ce qui est sans importance de ce qui est essentiel, constituer ainsi peu à peu une série de résultats expérimentaux de plus en plus généraux, les résumer d'une manière mathématique en un petit nombre de conclusions ou de formules et en faire sortir les lois elles-mêmes. » En face d'un tel programme, il est évident, pour qui se tient un peu au courant de la science, que l'histologie n'a pu encore qu'épeler quelques mots du livre immense qu'elle est appelée à traduire à l'intelligence. De toute la série animale, l'homme est le seul être que l'histologie ait étudié un peu largement ; or, dans cette étude même, elle s'est arrêtée à l'organisme humain parvenu à son entier développement, et dans cet organisme, à cet âge de la vie humaine, elle n'a encore que des notions confuses sur un de ses principaux ressorts, le système nerveux. M. Jacubowitsch, qui vient de soumettre à l'Académie des sciences une série de nouvelles recherches sur la structure intime du système nerveux, et qui arrive à des conclusions, sur beaucoup de points, si différentes de celles que nous avions vu accepter avec plus ou moins de réserve, sera-t-il plus heureux que ses devanciers, et fera-t-il faire un progrès réel à l'histologie de ce système organique si vainement étudié jusqu'ici ? Nous ne savons : espérons que l'enthousiasme avec lequel les idées originales du médecin russe ont été accueillies par un des hommes les plus

compétents de l'Académie n'aboutira pas à une nouvelle déception.

Il serait trop long, et peut-être inutile ici de reproduire le cadre étendu dans lequel le professeur de Wurzbourg a lentement développé ses nouvelles recherches; nous préférons nous arrêter à quelques points de vue essentiels qui les dominent, et qui, en même temps, marquent bien le but élevé que poursuit, en dernière analyse, la science de l'analyse microscopique des éléments de l'organisme vivant.

Il n'y a qu'un instant, nous disions que le domaine de l'anatomie microscopique est renfermé dans la connaissance de la forme microscopique des éléments, dans les lois de la structure et dans celles de leur formation. Or, dans l'état actuel de la science, sommes-nous en possession de quelqu'une de ces lois? L'auteur n'hésite pas à répondre négativement à cette question. Mais quand on va au fond des choses, il est clair que ce n'est là qu'un scrupule de véracité ou une simple difficulté de langage. Si en effet, quand C.-Th. Schwann montre que l'organisme animal procède originairement et uniformément de cellules, que les tissus les plus élevés naissent de ces éléments et qu'il établit ainsi l'unité de composition de cet organisme; si, disons-nous, ce n'est pas là une loi, au point de vue de la méthode *a posteriori* qui seule, dans la pensée de l'auteur, gouverne légitimement les sciences naturelles, qu'est-ce donc qu'une loi, et en quoi un principe en diffère-t-il? Principe ou loi, cette cellule primordiale est donc le point de départ le plus éloigné, la forme primitive de l'organisation animale. Mais comment se forment ces cellules? voilà la question qui se pose nécessairement en face de ce résultat de l'observation microscopique. C'est encore à Schwann qu'il faut faire remonter la notion la moins confuse qui se rencontre dans la science sur ce point de la genèse de l'organisme. Voici succinctement comment l'auteur interprète le fait primitif que saisit le microscope dans l'étude de l'organisation. Si loin qu'on puisse remonter dans cette étude, la cellule est le premier linéament de l'organisation que l'on saisisse; mais quelque chose a précédé cet élément morphologique, ce quelque chose c'est un liquide constitué par des substances organiques dissoutes; or, il arrive un moment où un grain ou nucléole se précipite de ce liquide : là est le début de l'organisme. Une fois formée, cette molécule, par une attraction comparable à celle qui commande la cristallisation des substances inorganiques, attire à elle les molécules ambiantes, les condense à sa surface et s'en coiffe comme d'une membrane. Cette membrane a enfermé entre elle et le noyau primitif une certaine quantité du

cytoblastème liquide qui, par sa tendance à se réunir au cytoblastème extra-vésiculaire, se sépare du nucléole, écarte la membrane, et lui donne la forme cellulaire sous laquelle elle apparaît à l'examen microscopique. Telle est la théorie simple de Schwann, pour expliquer la formation organique la plus éloignée que puisse saisir l'œil armé du microscope. M. Kölliker fait à cette théorie de la genèse de la cellule primitive diverses objections ; ainsi il remarque que, dans cette genèse, l'attraction moléculaire offre ceci de particulier : 1° que jamais il n'y apparaît de corps à surfaces planes, mais que la forme sphérique existe déjà dans le nucléole et le noyau ; 2° que les matières qui se groupent ensemble ne sont pas chimiquement identiques mais différentes, témoin la substance du noyau et celle de la membrane de la cellule ; 3° enfin que la formation des cellules est limitée sans exception à la formation de la membrane de cellule, tandis que la force cristalline agit par répétition continuelle et dépose couche par couche. Mais malgré ces objections, et en y ajoutant ailleurs que, dans cette genèse, il faut tenir compte de l'électricité de contact, le savant médecin de Wurzbourg ne laisse pas de donner son assentiment à la conception de Schwann.

Quelle que soit à nos yeux l'autorité de M. Kölliker, nous avouerons franchement que, même avec ces restrictions, la théorie de la formation organique de Schwann ne nous paraît pas admissible, et n'explique rien d'une manière satisfaisante. Schwann lui-même, malgré l'intrépidité apparente de ses conclusions, malgré son hypothèse d'une matière organique primitive, dont nous avons été étonné que le professeur de Wurzbourg n'ait pas dit un mot, Schwann, disons-nous, est conduit par les objections qui lui arrivent de toutes parts à faire la concession suivante ; écoutez ses propres paroles : « Sans doute, dit-il, la raison exige qu'on lui indique la cause de l'harmonie ; mais il lui suffit d'admettre que la matière et les forces inhérentes sont redevables de leur existence à un être raisonnable ; une fois créées, ces forces peuvent produire, d'après les lois d'une aveugle nécessité, des combinaisons qui offrent même un haut degré d'harmonie ou de convenance individuelle [1]. » Mais qui ne voit qu'en faisant une telle concession à ses adversaires, l'auteur sape lui-même par sa base sa propre théorique? Si, en effet, les forces qui créent, puis conservent l'organisme, sont subordonnées dans leur action à une sorte de discipline, à une loi d'harmonie préétablie, d'où la vie doit sortir dans son unité et dans sa propa-

[1] Microscopische Untersuchungen, p. 224, cité par Burd. phy., t. IX. p. 608.

gation à l'infini, qui ne voit que c'est là une détermination qui ne convient en aucune façon aux forces purement cosmiques? Or, tout attribut essentiellement différent suppose un sujet d'inhérence également essentiellement distinct, et l'on arrive ainsi à poser la nécessité ontologique de principes ou de forces exclusivement vitales. Mais en voilà assez sur ce point, poursuivons dans une autre direction la pensée propre de M. Kölliker en histologie.

Un des chapitres les plus complets de ce remarquable ouvrage est celui qui a trait, dans le livre second, ou l'*Histologie spéciale*, au tégument externe. C'est surtout ici, dans notre humble opinion, que l'anatomie microscopique a jeté une véritable lumière sur une foule de questions, que l'anatomie, l'embryogénie, l'anatomie comparée se sont jusqu'ici vainement efforcées de résoudre. Il faut lire dans l'ouvrage même du savant micrographe de Wurzbourg les détails infinis, l'analyse délicate, auxquels on peut arriver à l'aide du microscope. Une chose surtout nous a frappé dans ce compendieux travail, c'est qu'en poursuivant aussi loin qu'on le peut le développement, l'épanouissement des fibrilles nerveuses dans le derme, il est impossible de n'y pas remarquer d'immenses lacunes. Comment, dans cet état de choses, se rendre compte de la sensibilité tactile, qui n'est cependant absente d'aucun point de cette immense surface? Faut-il donc admettre l'atmosphère nerveuse de Reid, ou plutôt ne faut-il pas supposer que, quelque puissants que soient nos moyens actuels de grossissement, la matière nous défie encore dans son infinie division? Ce n'est pas sans un vif intérêt que nous avons également interrogé un si savant, un si laborieux guide sur l'histologie du système nerveux. Bien que M. Kölliker nous eût prévenu à l'avance que là surtout l'anatomie microscopique n'a guère pénétré plus avant dans l'étude des choses que ne l'ont fait d'autres méthodes moins puissamment analytiques, nous n'avons pu nous défendre d'une vive curiosité à l'égard des enseignements qui pouvaient sortir de cette source. Comme le jeune médecin russe dont nous avons parlé au commencement de cet article, et sans être, il s'en faut de beaucoup, aussi explicite sur ce point, M. Kölliker admet dans le tissu nerveux, à titre d'éléments fondamentaux, des cellules de sensibilité et des cellules de mouvement ; mais le médecin de Wurzbourg distingue un troisième ordre de cellules indépendantes ou sans prolongements. Ces cellules, qui, dans la pensée de l'auteur, ne concourent en rien aux phénomènes de sensibilité et de mouvement, irradient autour d'elles de simples filets, qui semblent à l'auteur propres à expliquer l'unité des fonctions nerveuses, en en

liant entre eux les instruments histologiques. Malgré quelques insinuations fort discrètes, nous n'imputerons pas à l'auteur une tendance matérialiste ; cependant nous ne pouvons résister au désir de le prier de se mettre ici en garde contre une tendance mauvaise, dangereuse, et où nous précipite, comme à notre insu, l'étude exclusive de la matière.

Nous nous arrêterons ici, mais non sans recommander aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* l'étude attentive d'un livre si plein de faits. Non, assurément, une notion vraie de la vie ne sortira jamais d'une telle étude; mais ce qui en sortira infailliblement, ce sera une notion plus complète, plus profonde, des instruments de la vie, et aussi, dans quelques cas, de quelques-unes des fonctions dont l'ensemble, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, est l'objet même de la médecine. MM. Beclard et Sée, en mettant à la portée des lecteurs français une œuvre si consciencieusement et si correctement élaborée, ont rendu, eux aussi, un véritable service à la science ; et les hommes qui savent combien une traduction de ce genre offrait de difficultés leur sauront gré de s'être dévoués à un travail qui a dû leur coûter de si longues veilles.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Éclampsie puerpérale ; chloroformisation prolongée; succès. — C'est une question encore assez controversée pour beaucoup de personnes que celle de l'utilité des inhalations de chloroforme dans l'éclampsie puerpérale. Pour nous, cette question est tout à fait résolue, et les faits de M. Frémineau, que nous avons publiés dans ce journal, ne nous paraissent pas permettre le doute. Mais ce qu'il reste encore à étudier, c'est le mécanisme de l'action du chloroforme, parce que de ce mécanisme peuvent découler les indications spéciales de ce moyen.

Le chloroforme agit-il seulement sur les phénomènes spasmodiques et, dans ce cas, faut-il se borner à l'employer au début de chaque accès pour le faire avorter, comme cela a été pratiqué généralement jusqu'ici, et comme on va voir que cela a été fait, avec une persévérance couronnée de succès, dans le fait suivant ? Ou bien le chloroforme a-t-il une action plus utile, celle de supprimer la douleur, point de départ du spasme, et dans ce cas, comme nous l'avons vu professer par M. Paul Dubois qui a conformé sa pratique à ce précepte dans un cas dont nous avons été témoin, faut-il continuer

les inhalations jusqu'au moment où non-seulement le spasme est supprimé, mais encore jusqu'au moment où la sensibilité générale de la malade n'est plus accessible aux excitants extérieurs ? Voilà, il faut bien le reconnaître, des questions très-utiles à élucider, puisque de leur solution découle un emploi particulier des inhalations au moment des accès seulement, ou, au contraire, pendant et après les accès, jusqu'à ce que la sensibilité générale soit supprimée.

Le fait suivant, qui se rattache au premier mode d'administration, nous a paru cependant bon à connaître, parce qu'il témoigne au moins des bons effets du chloroforme comme moyen abortif des accès, ceux-ci s'étant répétés avec convulsions violentes, suivies de coma complet dans l'intervalle, avec perte de connaissance et stertor, lorsque les inhalations ont été suspendues, tandis qu'on ne voyait rien de semblable quand on pouvait faire inhaler le chloroforme dès les premiers prodromes de l'accès.

M......, primipare, treize ans et demi, tempérament lymphatique ; réglée à onze ans, tous les mois, huit jours assez abondamment ; sa grossesse n'offre rien de particulier ; la malade ne peut donner aucun renseignement précis sur sa dernière époque.

Le 18 novembre, à cinq heures du soir, la malade se plaint de céphalalgie sus-orbitaire ; son caractère a changé, toute la journée elle a chanté, elle a été agitée ; quelques éblouissements, légère anxiété épigastrique. L'urine, expérimentée par la chaleur et l'acide nitrique, donne un cinquième d'albumine.

On la place au nº 9 de la salle Sainte-Marthe, à la Maternité. (Bouteille d'eau de Sedlitz, potion avec poudre de digitale, 0,10.)

La malade s'endort au moment de lui faire prendre son purgatif, à six heures un quart ; elle reste endormie jusqu'à six heures et demie.

Six heures et demie. Au bout d'un quart d'heure, elle se réveille : embarras de la parole ; puis les yeux deviennent fixes ; accès d'éclampsie, qui dure une minute ; la tête s'était tournée à gauche ; les oscillations des yeux ont eu lieu de droite à gauche ; cyanose considérable de la face ; spasme sanguinolent ; stertor ; insensibilité complète qui dure cinq minutes ; somnolence. Au bout de vingt minutes, l'intelligence et la sensibilité reparaissent ; la malade parle distinctement. Aucune douleur de l'abdomen. En pratiquant le toucher, on trouve que le col est ouvert, d'une consistance normale. et de la longueur de la première phalange.

Sept heures du soir (lavement salé ; ipéca, 1,50 ; émétique, 0,05). Vomissements assez abondants, mélangés de quelques ali-

ments; garde-robes. La malade parle très-distinctement; toutes les facultés intellectuelles sont rétablies.

Sept heures trois quarts. Nouvel accès sans prodromes; mouvements saccadés des membres; cyanose considérable; la sensibilité revient au bout de dix minutes; résolution complète pendant un quart d'heure; agitation.

Huit heures. Légers mouvements des yeux, agitation des membres.

De huit heures une minute à huit heures cinq minutes, inhalations de chloroforme; résolution complète; la respiration se régularise, devient facile, régulière.

Huit heures vingt minutes. Nouveaux prodromes; nouvelles inhalations; l'accès manque; stertor qui dure une demi-minute. Sommeil paisible. Le chloroforme est inhalé jusqu'à neuf heures moins le quart.

Neuf heures. En l'absence de M. Charrier, obligé de s'absenter pour aller tamponner une femme qui avait une épistaxis considérable; nouvel accès bien caractérisé, une minute de durée; un quart d'heure de coma; la connaissance ne revient pas.

Dix heures un quart, 4ᵉ accès. Même forme, même durée que le précédent; le col a diminué; la tête est mobile, petite, les battements du cœur à gauche en avant; on ne peut pas avoir d'urine. Dix heures trois quarts, nouvel accès; même durée.

Onze heures vingt minutes, 6ᵉ accès. Chloroformisation dès la trémulation de la face; l'accès avorte, stertor de deux minutes, respiration calme, sommeil très-tranquille (le pouls se relève; régulier, 80 pulsations). Onze heures quarante-huit minutes, 7ᵉ accès; mêmes prodromes, même succès.

19 novembre, douze heures vingt minutes, 8ᵉ accès; *idem.* Douze heures quarante minutes, 9ᵉ accès; mêmes prodromes, une chloroformisation; la sensibilité revient; les battements du cœur fœtal sont irréguliers. Une heure trois quarts, 10ᵉ accès; mêmes prodromes; même arrêt de l'attaque. Deux heures, 11ᵉ accès; mêmes prodromes, *idem.* Deux heures quinze minutes, 12ᵉ accès; mêmes prodromes, *idem.* Deux heures et demie, 13ᵉ accès; *idem.* Deux heures cinquante minutes, 14ᵉ accès; nouvel accès; *idem.* Cinq heures trois quarts, 15ᵉ accès; l'orifice utérin est dilaté, la tête est basse; on n'entend plus les battements du cœur; dilatation de 10 à 12 lignes; nouvel accès; chloroformisation, *idem.*

Quatre heures un quart, rupture artificielle des membranes; liquide amniotique teint de méconium; le travail avance. Quatre

heures et demie, dilatation complète; la tête franchit l'orifice. 16ᵉ accès; le chloroforme manque; pendant qu'on est allé en chercher à la pharmacie, attaque bien caractérisée, une minute de durée; coma, dix minutes; agitation très-grande; quelques efforts d'expulsion; la tête est à la vulve; application du forceps.

Cinq heures, 17ᵉ accès; chloroforme; l'accès avorte. Six heures un quart, 18ᵉ accès; *idem*. Six heures trois quarts, 19ᵉ accès; *idem*. La malade est toujours tenue sous l'influence anesthésique; le pouls est régulier; l'urine expérimentée donne 1/15 d'albumine. Sept heures cinquante-deux minutes, 20ᵉ accès; *idem*. Huit heures, 21ᵉ accès; l'urine expérimentée donne 8 dixièmes d'albumine; nouvelle chloroformisation : l'accès avorte; le pouls baisse; on cesse les inhalations pendant dix minutes; le pouls se relève; 90 pulsations, régulier. Une heure cinquante-quatre minutes, mouvements brusques des extrémités. 22ᵉ accès, chloroformisation : l'attaque avorte; congestion de la face; sinapismes sur l'épigastre, sur les bras; glace sur la tête.

Quatre heures. La malade a été assez tranquille; quelques mouvements de la tête; chloroformisation; l'accès manque; la sensibilité est revenue; l'intelligence est nulle; le pouls est bon, à 80; l'urine contient encore 8 dixièmes d'albumine. Quatre heures quarante minutes, 23ᵉ accès; chloroformisation; succès. Quatre heures cinquante minutes, 24ᵉ accès; chloroformisation, teinte cyanique générale; frictions sur tout le corps, de deux heures en deux heures.

Le 20 novembre, huit heures du matin, l'urine ne contient plus qu'un cinquième d'albumine. Trois heures et demie du soir; la peau est chaude, le pouls à 130; frictions froides d'heure en heure.

Onze heures du soir, la malade semble s'éveiller, elle essaye de se tourner dans son lit; elle ouvre les yeux quand on lui parle, mais ne répond pas.

Le 21 novembre, sept heures du matin, elle entend, elle comprend; pouls à 100; café, 115 grammes; frictions froides, deux bouillons froids.

Le 22 novembre, elle reconnaît; l'infiltration a beaucoup diminué, la face est pâle, les paupières sont toujours un peu gonflées. Dix heures, elle dort; pouls à 100.

Le 23 novembre, grand bain qu'on lui donne trop chaud; la malade se plaint de céphalalgie; tintement d'oreilles; on la recouche; accès d'éclampsie, demi-minute de durée; coma de cinq minutes; 1 septième d'albumine; la parole revient vingt minutes après. Purgatifs.

Le 24 novembre, dix heures du matin, l'urine ne contient plus de traces d'albumine.

La malade a été de mieux en mieux, et sort très-bien portante, le 10 décembre.

220 grammes de chloroforme ont été employés.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Absorption *des médicaments (Des variations que subit l') suivant la nature des maladies, suivant l'âge et le sexe des malades.* Dans un premier mémoire lu à l'Académie, M. Briquet a cherché à apprécier mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici la valeur des voies différentes de l'absorption des substances médicamenteuses; dans un second mémoire, qui fait suite au précédent, notre savant et laborieux confrère étudie les variations que cette absorption subit suivant la nature de l'affection, suivant l'âge et le sexe des malades. Nous nous bornons pour aujourd'hui à reproduire les conclusions qui résument ce nouveau travail, espérant bien pouvoir mettre prochainement sous les yeux de nos lecteurs quelques-unes de ces pages intéressantes de thérapeutique générale.

1° L'état apyrétique est notablement plus favorable à l'absorption des médicaments que l'état pyrétique.

2° L'état typhoïde favorise cette absorption moins que les autres états phlegmasiques; cependant elle y est, dans le tube digestif, plus énergique qu'on ne l'avait supposé jusqu'à présent, puisqu'elle n'est que d'un dixième à peu près inférieure à celle qui se produit dans l'état pyrétique.

3° Dans le diabète, l'absorption des médicaments dans l'intestin paraît être très-faible.

4° On peut constater si, dans certaines maladies, les états de tolérance ou d'intolérance aux médicaments tiennent à une susceptibilité particulière, ou à des variations dans l'absorption; ainsi, dans l'état hystérique la tolérance pour l'opium ne tient nullement à un défaut d'absorption. elle est le résultat d'une susceptibilité spéciale.

5° La rapidité avec laquelle les substances médicamenteuses du genre des alcaloïdes du quinquina sont éliminées, est dans un rapport direct avec la quantité des urines rendues. Cette rapidité est la mesure exacte du temps que l'économie met à se débarrasser de la plus grande partie des substances fixes ingérées à titre de médicament.

6° L'absorption des médicaments analogues aux alcalis du quinquina est plus active chez les jeunes gens que chez les adultes dans une proportion considérable; chez les vieillards, elle est encore moins active que chez l'adulte.

7° Elle est moins active chez la femme que chez l'homme, dans la proportion d'un sixième à un huitième.

8° En déduisant d'un effet médicamenteux donné la portion qui est due à la quantité absorbée du médicament, le reste donne la mesure de la susceptibilité à être influencé par les médicaments. (*Compte rendu de l'Acad.*, septembre.)

Belladone (*Cas d'incontinence nocturne d'urine, guéri par l'emploi de la*). Nous avons déjà entretenu nos lecteurs des services que cette solanée peut rendre dans le traitement de l'incontinence nocturne d'urine; voici un nouveau fait qui témoigne en faveur de cette médication. — Un jeune garçon de la campagne, âgé de dix sept ans, vient se faire admettre à l'hôpital de Westminster, dans le service de M. Brooke, pour une incontinence nocturne d'urine dont il était atteint depuis très-longtemps. Aussi loin que sa mémoire pouvait remonter, il se souvenait d'avoir rendu ses urines dans son lit, pendant son sommeil. Depuis deux mois, il était en traitement, et aucun des moyens employés n'avait amené de résultat. M. Brooke prescrivit un sixième de grain d'extrait de belladone trois fois par jour. La première nuit, le malade urina encore dans son lit; mais à partir de ce moment, il fut guéri de son infirmité. On le garda

encore en observation pendant une quinzaine de jours, au bout desquels la guérison ne s'était pas démentie. — Nous ne pouvons nous empêcher de regretter que l'auteur de l'observation n'ait pas cru devoir faire connaître pendant combien de temps l'usage de la belladone fut continué. (*British med. Journ.*, 1857.)

Blennorrhée *due à l'étroitesse du méat, ou à un rétrécissement de la fosse naviculaire. — Son traitement par le débridement.* Tous les praticiens connaissent ces suintements rebelles auxquels on a donné le nom de *goutte militaire*, et qui sont le résultat d'une phlegmasie subaiguë de la muqueuse urétrale. Le plus souvent cette lésion est localisée dans la région prostatique du canal, et comme M. Philips l'a fait voir dans ce journal, elle cède seulement à la dilatation progressive du repli valvulaire de la muqueuse qui borne la phlegmasie en avant. La même lésion peut exister à la partie antérieure du canal, au voisinage de la fosse naviculaire, siége encore de prédilection des rétrécissements. Suivant M. Champouillon, ce dernier cas, qui est le plus rare, coïnciderait toujours avec une étroitesse congénitale du méat. A cette sorte de phymosis, ce chirurgien oppose le débridement. Voici le mode opératoire auquel il a recours : après avoir fait uriner le malade, il introduit un bistouri boutonné dans le canal, à un centimètre de profondeur environ, le tranchant tourné en bas, le dos incliné, appuyant contre la paroi supérieure de l'urètre. On ramène l'instrument en avant, en suivant le plancher du canal, de façon à inciser la bride dans toute son épaisseur. Une petite mèche de charpie cératée est placée entre les lèvres de la plaie pour s'opposer à la réunion. Il est bien entendu que cette mèche, ou une mèche nouvelle, doit être remise en place après que le malade a satisfait au besoin d'uriner. Le résultat final de cette incision est la cessation de l'écoulement. (*Gazette des Hôpitaux*, sept.)

Cathétérisme *du larynx*; *procédé facile pour pénétrer dans les voies aériennes, les cautériser, en extraire les fausses membranes et y introduire des agents médicamenteux pour le traitement du croup.* Un honorable praticien de Montmartre (près Paris), M. le docteur Loiseau, a imaginé, pour les cas de croup où, par une circonstance quelconque, la trachéotomie n'a pu ou ne peut être mise en usage, et pour suppléer à cette opération, un ensemble de moyens qui consistent à pénétrer facilement dans le larynx, afin d'y porter directement les agents propres à modifier avantageusement l'état des surfaces malades et à en extraire les fausses membranes qui l'obstruent et qui gênent la respiration. M. Loiseau s'est proposé, en un mot, de faire, pour le larynx et la trachée, ce que tous les praticiens font aujourd'hui pour le pharynx, dans les angines pharyngiennes diphthéritiques. Les succès que M. Loiseau a déjà obtenus par l'emploi de cette nouvelle méthode de traitement donnent lieu d'espérer qu'elle pourra être appelée, non-seulement à suppléer à la trachéotomie, dans les cas où cette opération ne pourrait pas être pratiquée, mais même à en prévenir l'utilité et à la remplacer avec avantage dans le plus grand nombre des cas.

Voici maintenant quels sont les moyens que M. Loiseau met en œuvre. Nous allons décrire du même coup le procédé et les instruments qu'il nécessite.

Pour opérer le cathétérisme du larynx avec sécurité, dit M. Loiseau, deux aides et un tube laryngien proportionné à l'âge de l'enfant suffisent. Pour maintenir la bouche de l'enfant ouverte et se garantir lui-même, il arme la phalange métacarpienne de son doigt indicateur de la main gauche d'un anneau métallique de 2 à 3 centimètres de largeur. La première phalange du doigt indicateur ainsi protégée, l'opérateur fait maintenir l'enfant assis sur les genoux d'un des aides, tandis que l'autre, placé derrière celui-ci, saisit la tête du malade et la fixe solidement sur l'épaule du premier.

La bouche du malade étant ouverte à l'aide d'une cuiller, l'opérateur plonge rapidement son doigt, aussi profondément que possible, jusqu'au fond du pharynx; puis, saisissant le tube laryngien dont il a été parlé, en même temps qu'il fait glisser l'extrémité du doigt indicateur sur la base de la langue jusqu'à ce qu'il rencontre l'épiglotte et qu'il parvienne à la tenir soulevée, il fait glisser le tube le long du doigt qui le dirige, de manière à atteindre son extrémité. Là, il redresse son instrument et le fait pénétrer à travers la glotte avec la plus grande facilité. L'air, s'échappant avec bruit

par le tube, indique de suite à l'opérateur qu'il est dans la trachée.

Ceci fait, on peut faire pénétrer facilement dans le larynx telle quantité de matières liquides ou pulvérulentes que l'on juge convenable, faire glisser dans l'intérieur du tube une baleine ou une sonde de gomme élastique armée de cuvettes chargées de caostiques, d'éponges destinées, soit à porter le liqoide, soit à détacher les fausses membranes qui tapissent le conduit aérien.

Les instruments dont M. Loiseau se sert à cet égard sont des tubes laryngiens, tenant tout à la fois du tube de Chaussier et de la sonde de Belloc. Ce sont des sondes en argent, de différentes dimensions, pouvant s'adapter aux différents calibres de la glotte, préparées selon l'âge des sujets; les unes sont simplement ouvertes à leur extrémité la plus mince, qui est recourbée suivant un rayon convenable; les autres sont percées d'un, de deux, de quatre yeux sor les deux faces légèrement aplaties latéralement; d'autres encore sont munies d'un renflement olivaire percé d'un assez grand nombre de trous. A l'aide des premières, on peut introduire dans la trachée une baleine élastique terminée à une de ses extrémités par des cônes d'argent, séparés l'un de l'autre et unis l'un à l'autre par une tige de même métal, sur laquelle on doit fixer l'éponge à l'aide de laquelle on balayera le larynx, ou à l'aide de laqoelle on portera les liquides caustiques. Les secondes sondes, percées de trons, sont destinées à recevoir une éponge portée à l'aide d'une baleine, et qui exprime à travers les yeux les liquides dont elle est imbibée. Enfin, à l'aide de ces sondes, on peut insuffler les poudres astringentes.

On ne doit pas oublier parmi les pièces le dé métallique dont il a été fait mention, qui permet au doigt indicateur d'aller ouvrir impunément la glotte et rend ainsi possible, et meme facile, l'introduction dos sondes et baleines.

Enfin, l'appareil comprend encore deux pinces analogues aux pinces à polypes, longues et convenablement recourbées à leur extrémité, au moyen desquelles l'opérateur peut aller chercher jusque dans le larynx les fausses membranes qui l'obstruent. Poor faciliter, dans ce cas, le manuel opératoire, M. Loiseau emploie un dilatateur qui fait également partie de cet appareil.

Tel est l'ensemble des moyens à l'aide desquels M. Loiseau a été assez heureux pour obtenir des guérisons dans des cas où la trachéotomie eût été pour tout autre praticien l'unique ressource. Dans un mémoire communiqué à l'Académie de médecine, et sur leqoel M. le docteur Trousseau a fait un rapport dont nous extrayons ces quelques détails, M. Loiseau donne le resumé de douze cas de guérison sur vingt-six, traités la plupart en présence de confrères, et deux tout récemment en présence de M. Trousseau lui-même. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, août.)

Hernie étranglée *réduite au moyen de la strychnine administrée en lavements.* Tout le monde sait que, dans le traitement de la hernie étranglée, on a eu recours à divers médicaments administrés en lavements, à l'opium, et surtout, et avec plus de succès, à certaines solanées vireuses, la jusquiame, la belladone, le tabac.

Dernièrement, nous avons fait connaître la pratique du docteur Flögel, qoi emploie, concurremment avec la glace à l'extérieur, les lavements à l'acétate de plomb. La réduction des hernies étranglées au moyen d'injections rectales, tenant en dissolution des substances médicamenteuses, n'est donc pas une chose noovelle; mais c'est une chose utile qu'on ne met peot-être pas assez souvent en pratique. Aujourd'hui nous signalons l'emploi de la strychnine sous la même forme et pour le même usage. — Une femme de cinquante ans portait à droite une hernie crurale qu'elle n'avait jamais maintenue par aucun appareil. Cette hernie s'étrangla. Elle était d'ailleurs peu volumineuse; mais la région crurale était doouloureuse et tendue, et des symptômes graves commençaient à se manifester, lorsque le docteur Garcia Lopès fut mandé. Il eut d'abord recours au taxis, et le répéta toute la journée sans succès; la belladone *intus et extra*, les cataplasmes, les bains tièdes échouèrent egalement. L'état de la malade, au boot de trente-six heures, devenant de plus en plos grave et inquiétant, il fallot songer à l'opération. Pendant qu'il en faisait les préparatifs, M. Garcia Lopès conçut l'idée de recourir à la strychnine en lavements, dans l'espoir que des contractions, s'il venait à s'en produire dans le tissu musculaire de l'intestin hernié, poorraient peut-être en amener la réduction. 25 milligram-

mes de strychnine furent en conséquence dissous dans 250 grammes d'eau distillée, dont la moitié fut injectée dans le rectum. Au bout d'un quart d'heure, nul effet ne s'étant produit, le reste de la solution fut administrée par la même voie. Quelques minutes après, tremblement général, roideur de la mâchoire inférieure, signes d'une intoxication de médiocre intensité. Pendant que ces phénomènes avaient lieu, M. Garcia Lopes, ayant de nouveau tenté le taxis, réduisit la hernie sans aucune peine, à l'aide d'une pression très-légère. — Le docteur Lopes fait remarquer, en terminant son observation, que les autres médicaments administrés à l'intérieur n'ont pu concourir à ce résultat, puisqu'ils avaient tous été rejetés par le vomissement. (*Revue de thérap. méd.-chir.*, août.)

Hydrocèle. *Son traitement par substitution.* Ce mode, sur lequel M. le professeur Burgraeve vient d'appeler l'attention de ses collègues de la Société de médecine de Gand, consiste à faire dans la tumeur un certain nombre de piqûres avec une aiguille à acupuncture; au bout d'une demi-heure toute la sérosité s'échappe et se porte dans le tissu cellulaire des bourses, où elle ne tarde pas à être promptement résorbée. On favorise l'absorption du trombus séreux à l'aide d'onctions avec une pommade iodée, ou de badigeonnages avec la teinture aqueuse d'iode iodurée. L'auteur croit à la cure définitive des malades qu'il a traités ainsi, car aucun de ces individus ne s'est présenté depuis plus de deux mois. Ce traitement n'est autre que celui adopté pour l'hydrocèle des enfants, auquel on a ajouté les badigeonnages de teinture d'iode. Comme il est des malades qui tremblent à la vue de tout instrument, et qu'une aiguille les effrayera moins qu'un trocart, nous n'hésitons pas à signaler les résultats des premiers essais de M. Burgraeve. A supposer que la cure ne soit pas toujours radicale, comme l'opération est inoffensive, elle peut être réitérée au besoin. (*Ann. et Bul. de la Soc. de méd. de Gand.*)

Leucorrhée *des petites filles; traitement par les lavements de coloquinte.* On sait combien la leucorrhée est commune chez les petites filles, et quelles difficultés on éprouve à combattre cette affection. Cet écoulement, souvent d'une abondance extrême, est une des affections les plus rebelles à nos moyens thérapeutiques. Deux petites filles de la salle Sainte-Thérèse, à l'Hôpital des Enfants, étaient atteintes de cette affection. Malgré un séjour prolongé à l'hôpital et les médications les plus variées, employées par M. Guersant d'abord, puis par M. Richard, appelé à le remplacer, les choses restaient dans le même état. Dans le but d'étudier le siége de l'écoulement, plutôt qu'en vue d'un traitement dont il désespérait, M. Richard fit entrer à l'hôpital trois autres petites filles atteintes de la même maladie. Au grand étonnement du personnel médical de la salle, habitué à voir échouer toutes les tentatives de traitement, ces cinq petites malades furent promptement guéries, sous la seule influence de lavements de coloquinte. Voici ce qui avait mis M. Richard sur la voie de ce traitement :

M. le docteur Claude, auteur d'un travail inédit sur la médication purgative en général, et en particulier sur l'emploi des lavements de coloquinte dans plusieurs formes d'affections strumeuses, ayant cité à M. Richard un cas où une leucorrhée rebelle chez une enfant avait cédé à ce dernier moyen, celui-ci en fit usage chez ses petites malades.

L'administration du médicament a eu lieu de la manière suivante : sur une pomme de coloquinte de volume ordinaire, on jette deux verres d'eau chaude et on laisse macérer pendant vingt-quatre heures, en couvrant le vase. Le tiers de ce macératum bien exprimé est la dose pour un enfant de sept à huit ans. Après un grand lavement simple rendu, le lavement de coloquinte est administré. Le temps pendant lequel l'enfant le conserve est très-variable; d'un quart d'heure à une demi-heure; l'effet est en raison de la durée. Dans la journée même, chaque enfant a eu de 7 à 80 selles, les dernières sanguinolentes, le lendemain de 4 à 10; de l'eau de gomme est administrée abondamment en boisson. Si l'enfant demande à manger, on lui donne un peu de potage léger.

Le deuxième ou troisième jour, la santé est parfaite, l'appétit très-excité. Le cinquième ou sixième, on peut recommencer. Sur les cinq petites malades, trois ont pris la coloquinte trois fois; les deux autres, quatre. Chez toutes, l'écoulement a été considérablement diminué après la première administration; chez trois, complétement

supprimé après la seconde. Toutes les cinq ont été observées pendant une quinzaine de jours après la guérison. Trois ont été revues depuis à la consultation. La guérison était parfaitement maintenue. (*Gaz. des Hôp.*, août.)

Rougeur des pommettes (*De la*) *comme signe d'inflammation pulmonaire*. Quelle est la valeur séméiologique de la rougeur et de la chaleur des pommettes dans les affections thoraciques ? Quels rapports ces deux signes ont-ils avec la marche, l'étendue, le degré et le siége de la phlegmasie des organes pulmonaires ? Tel a été l'objet de nombreuses et patientes recherches auxquelles s'est livré M. le docteur Gubler. Les résultats de ces recherches pouvant fournir des données diagnostiques ou pronostiques utiles à la médecine pratique, les lecteurs du *Bulletin* aimeront à les connaître.

L'étude d'un grand nombre de pneumoniques, sous ce point de vue, a conduit M. Gubler à constater que la coloration rouge des pommettes, avec élévation de la température de cette même région, se montre principalement durant la période d'état et surtout d'augment de la pneumonie. Elle a été plus marquée dans la pneumonie du sommet. Sa persistance et son intensité ne lui ont pas paru en rapport avec l'étendue de la lésion matérielle du poumon, mais bien avec la violence du travail phlegmasique; en sorte qu'on peut trouver la rougeur de la face, dans un cas de pneumonie double, par exemple, plutôt du côté où le poumon récemment envahi n'est encore qu'au premier degré de la maladie, que du côté où existe le second degré confirmé, mais arrêté dans sa marche.

Pendant la durée d'une maladie pulmonaire aiguë, les allures de cette congestion sanguine des joues se règlent sur celles du travail inflammatoire et de la réaction fébrile concomitante. Ainsi, la rougeur est d'autant plus constante que l'inflammation est plus vive et la fièvre plus ardente.

Quand le mouvement fébrile est rémittent, la rougeur se montre pendant les paroxysmes et s'évanouit dans les intervalles. Dans une maladie pulmonaire chronique, comme la tuberculisation, la rougeur apparaissant dès que l'altération est un peu avancée, s'efface dans les moments de calme ou de répit, pour se reproduire toutes les fois qu'il survient une bouffée de réaction fébrile.

La congestion sanguine, ordinairement très-marquée à la joue, est peu apparente dans les autres points du visage, si ce n'est à l'oreille, qui offre parfois une vive rougeur.

En même temps que la joue du côté malade est plus rouge, elle est aussi plus chaude, non-seulement à la main, mais au thermomètre. L'un de ces phénomènes n'a jamais été observé en l'absence de l'autre. L'élévation absolue de la température du côté malade a été trouvée, comme la rougeur, proportionnelle à l'intensité du travail phlogistique, dont le poumon est le siége, et son élévation relative est dans le même cas, pourvu que la réaction fébrile ne soit pas trop violente.

En général, M. Gubler a constaté entre les deux joues une différence de 1 degré à 1 degré 50. La température de la joue malade lui a paru, en plusieurs circonstances, l'emporter manifestement sur celle des parties du corps non découvertes.

Enfin, d'après cet habile observateur, la congestion de la face du côté malade serait capable de favoriser la production d'autres états pathologiques. L'influence de la congestion active, comme cause prédisposante d'un autre travail morbide, ressort de l'un des faits consignés dans son travail, où l'on voit une plaque d'érésipèle bien caractérisée, avec tuméfaction générale de la surface, succéder à une rougeur intense, mais diffuse. Dans d'autres circonstances, une coïncidence analogue s'est produite pour les éruptions herpétiques.

On voit, en somme, par ces résultats, que ce n'est pas sans raison qu'avant la découverte de l'auscultation les médecins attachaient quelque importance à la rougeur des pommettes comme signe des inflammations pulmonaires, et que cette rougeur n'est pas, comme on le pense trop généralement aujourd'hui, un simple accident fortuit, mais bien qu'elle constitue un trouble fonctionnel en rapport avec l'affection des organes respiratoires, et pouvant, jusqu'à un certain point, en indiquer le degré et l'intensité. (*Compte rendu de la Soc. méd. des hôp.*)

Tumeur *hydatique du muscle grand dentelé*. Les tumeurs hydatiques des muscles sont rares. Il en résulte que le diagnostic, toujours assez difficile, de ces sortes de tumeurs, en quelque point qu'elles siégent, devient

plus difficile encore lorsqu'elles sont développées dans l'épaisseur des muscles, où l'on a, moins qu'ailleurs, la chance de les rencontrer et l'idée d'aller les chercher. Cette difficulté du diagnostic ne tient pas seulement au siége insolite de la tumeur hydatique, elle tient encore (cela a été le cas, du moins, du fait que nous allons rapporter) à la différence de consistance, à la dureté également insolite de la tumeur. On conçoit cependant l'importance qu'il y aurait à prévenir ces chances d'erreur dans le diagnostic, quand il s'agit d'arrêter le choix du procédé opératoire. Ce sont ces diverses circonstances qui donnent un intérêt particulier au fait suivant, recueilli dans la clinique de M. Velpeau, à la Charité.

Une jeune fille de vingt-deux ans entre, le 7 juillet 1857, à la Charité, éprouvant depuis six mois dans le côté droit de la poitrine, au-dessous de la région axillaire, des douleurs vagues et passagères, séparées quelquefois par plusieurs jours d'intervalle, se montrant de temps à autre plus aiguës au point de devenir de véritables élancements qui se propagent jusque vers la mamelle correspondante, en suivant à peu près la direction des espaces intercostaux. Il n'y avait cependant que deux ou trois jours qu'elle s'était aperçue, en portant la main dans cette région, de la présence d'une petite tumeur, qu'il était en effet facile de constater. Son siége précis était immédiatement en avant du bord axillaire de l'omoplate, et à peu près à la hauteur du mamelon ; elle était à peine appréciable à la vue, sans relief extérieur sensible ; au toucher, on reconnaissait qu'elle était mobile, à la manière d'un ganglion, sous une couche assez épaisse de parties molles ; sa forme était ovoïde, son volume comparable à celui d'un œuf de pigeon, sa surface égale et régulière, sa consistance ferme comme celle d'un tissu fibreux ; elle ne présentait ni fluctuation ni élasticité appréciable. Par la pression, on n'y déterminait aucune douleur, et cependant on était naturellement conduit à attribuer à sa présence celles que la malade éprouvait de temps à autre, car on ne trouvait ni dans le sein ni dans les parties voisines rien qui pût en donner une autre explication.

La tumeur ne présentant pas de caractères assez tranchés pour asseoir un diagnostic précis, M. Velpeau se contenta d'émettre l'idée qu'il s'agissait d'une tumeur concrète, et très-probablement d'une tumeur fibreuse ou adénoïde, ou fibro-plastique, ou peut-être même d'une tumeur tuberculeuse dont il était prudent, en tout cas, de pratiquer l'extirpation.

Le 15 juillet, M. Velpeau procéda à l'extirpation de la tumeur, à l'aide d'une incision transversale de 7 à 8 centimètres. La tumeur, accrochée à l'aide d'une érigne, s'affaissa en grande partie pendant que l'on cherchait à l'isoler par une dissection assez pénible. Comme elle était située sous le bord interne du grand dorsal et sous les faisceaux contigus du grand dentelé, on fut obligé d'exciser une partie de ces muscles pour l'enlever complétement.

L'examen de la tumeur fit reconnaître qu'elle était constituée par un kyste hydatique et qu'elle affectait des rapports intimes par toute sa moitié externe avec les fibres musculaires du grand dentelé, auquel elle adhérait, lesquelles fibres prenaient ainsi à la surface des points d'implantation et paraissaient avoir été écartées les unes des autres par le développement progressif de la tumeur. Le liquide de la tumeur avait été évacué pendant l'opération, et l'on reconnut aisément adhérent à ses parois le débris d'une hydatide solitaire. (*Gaz. des Hôpit.*, août.)

Version *inopinée par manœuvre externe*. Voici un fait de version par manœuvre externe, qui s'est produite inopinément dans des circonstances où il ne paraissait guère possible de l'espérer, puisque non-seulement un des bras de l'enfant sortait par la vulve, mais qu'une partie du dos, déjà engagée profondément, emplissait le détroit inférieur. Si la substitution de présentation a pu se produire dans de telles conditions, il est bien permis de l'espérer à plus forte raison en agissant de bonne heure, avant la rupture de la poche des eaux. Il n'est pas possible de supposer dans ce cas une évolution spontanée, en présence de l'assertion de l'observateur qu'il a senti d'un main l'épaule fuir, et de l'autre la tumeur de la fosse iliaque se déplacer. Nous abrégeons un peu l'observation.

Je fus appelé, dit M. le docteur Favenne, médecin à Leschelles, dans la nuit du 5 au 6 mars 1855, auprès de Mme J..., femme grande, forte, bien conformée, déjà mère de sept enfants, qui était en travail depuis quarante-

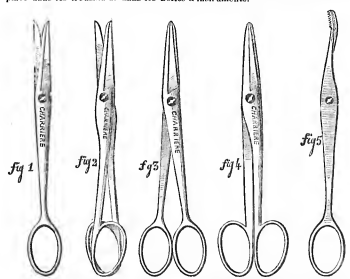
huit heures. Un confrère, qui était auprès d'elle, m'annonça que nous avions affaire à une couche contre nature. Le bras gauche, dépouillé de son épiderme, ecchymosé, pendait entre les cuisses et le cordon était rompu. L'enfant devait être mort depuis environ vingt-quatre heures. Après avoir reconnu la deuxième position de l'épaule gauche (céphalo-iliaque droite), je me mis en devoir d'opérer la version. Une partie du dos de l'enfant emplissait le détroit inférieur qui, chez cette femme, offrait des dimensions peu communes. Les douleurs expulsives étaient incessantes. Je ne pouvais refouler ni l'épaule, ni le tronc, encore moins aller chercher les pieds. Après plusieurs tentatives infructueuses, épuisé de fatigue, je désespérais de réussir, lorsque, faisant un dernier effort, je plaçai instinctivement la main inoccupée sur la tumeur de l'hypocondre droit, comme pour la repousser et y prendre un point d'appui. Je ne fus pas peu surpris de sentir qu'elle fuyait et que l'épaule herniée se relevait; tandis que je reprenais haleine, une contraction puissante survint, et la patiente s'écria que l'enfant passait. En effet, une tumeur rouge, ovoïde, se présentait à la vulve; je reconnus une présentation des lombes. D'une main je la soutins, et je cherchai en même temps à la repousser vers la cavité cotyloïde droite, tandis que de l'autre je refoulai vers l'ombilic de la mère l'extrémité céphalique de l'enfant. Ma manœuvre fut couronnée de succès, et je pus bientôt terminer l'accouchement par les fesses. La mère a eu depuis, je crois, un autre accouchement. (*Abeille médicale*, 1857.)

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

Nouveau modèle de ciseaux et de pinces.

Cette nouvelle disposition, que M. Jules Charrière vient d'apporter à l'ancien modèle, a pour résultat de permettre à ces instruments de tenir très-peu de place dans les trousses et dans les boîtes d'instruments.



Ces ciseaux et ces pinces conservent toute la puissance de levier qui est le caractère des instruments à branches écartées et reliées au milieu des anneaux. Pour remédier au défaut de puissance des ciseaux à branches rapprochées, M. Charrière a fait de nombreux essais. Autrefois, pour satisfaire au désir de

Roux, il a essayé de courber légèrement les branches; mais les résultats l'ont engagé à chercher une modification plus avantageuse, et il l'a trouvée, surtout en ce qui regarde la simplicité et la solidité; ces modèles ne tiennent dans la trousse que la place d'un seul anneau de ciseaux. En supprimant l'épaulement des entablures, selon le principe employé par lui depuis de longues années pour toutes les pinces et ciseaux à branches croisées et décroisées, il a pu, par leur élasticité, faire glisser les deux branches et les deux anneaux l'un sur l'autre, de manière à les superposer. L'épaisseur des deux anneaux réunis n'excède en rien celle de la partie moyenne des branches, au point d'union ordinaire du tenon. Cette manœuvre s'opère également pour les ciseaux à branches serrées, ainsi qu'on le voit fig. 1re et 2e; et si l'on ne veut pas les croiser, ces deux genres de ciseaux restent dans leur forme ordinaire (voir fig. 3 et 4). Si l'on ne veut pas avoir d'écartement des lames; on désassemble les ciseaux ou les pinces, comme lorsqu'on veut les nettoyer, et on les réassemble en sens inverse, de manière à superposer les deux branches. Il est bien entendu que ce dernier système ne peut être appliqué qu'aux ciseaux droits et aux pinces articulés à l'aide du tenon, qui permet de nettoyer si complètement ces instruments; voir fig. 5. Il en résulte que l'on a tous les avantages des ciseaux à branches écartées, sans en avoir les inconvénients; au contraire, ces instruments présentent encore moins de volume que ceux de Percy, puisqu'on peut réduire leur largeur à celle d'un seul anneau.

On comprendra toute l'importance d'une aussi grande réduction de largeur pour les plus petites boîtes à cataracte et surtout pour les trousses, dans lesquelles il est si important de réduire les surfaces.

Projet d'association générale des médecins de la France.

L'excellente pensée de réaliser une association générale ayant pour centre d'action l'association déjà si florissante du département de la Seine est une de ces idées pratiques auxquelles on ne saurait trop applaudir. Nous nous empressons donc de céder au désir du Comité de la Gironde, en mettant sous les yeux de nos lecteurs la circulaire qu'il adresse au corps médical de la province, et faisons des vœux sincères pour que de nombreuses adhésions viennent le récompenser du zèle qu'il déploie pour atteindre ce but. Voici cette circulaire :

Des associations de bienfaisance étendues au territoire entier de la France unissent déjà les savants, les artistes et les gens de lettres. Les chemins de fer en favorisant les communications, la réforme postale en facilitant les correspondances, ont rendu possible l'organisation de ces grandes associations qui réalisent la solidarité des hommes d'une même profession, et qui semblent resserrer le faisceau national.

Le médecin est dans la société l'agent indispensable, et en même temps l'agent le plus actif de la bienfaisance. Dans tous les hôpitaux, dans tous les asiles de la douleur, le médecin est le premier dispensateur de la miséricorde publique, et pourtant le corps médical, dans son ensemble, n'a pas encore fondé pour lui-même ces institutions de bienfaisance qui ne sauraient exister nulle part sans la participation de ses lumières et de son dévouement.

Arrêté dans sa carrière par la maladie ou par les infirmités, le médecin est voué trop souvent au sort des pauvres honteux, et s'il meurt dans la force de l'âge, il laisse trop souvent après lui une veuve et des enfants dans le plus cruel dénûment.

Il existe des associations parmi les médecins de quelques départements, mais elles sont encore trop peu nombreuses, et leur dissémination, leur isolement ne sauraient être considérés comme des éléments de force et de vitalité. Reliées au corps médical tout entier par une simple modification de statuts qui n'ôterait rien à leurs attributions locales, elles entreraient dans une ère nouvelle de prospérité.

L'Association des médecins de la Seine, fondée il y a vingt-quatre ans, jouit d'une prospérité exceptionnelle qui démontre l'excellence des bases sur lesquelles elle est fondée. Nous avons pensé que le moyen le plus prompt et le plus pratique de réaliser au profit du corps médical tout entier les bienfaits d'une association confraternelle, gage assuré d'assistance mutuelle, serait d'obtenir l'extension pure et simple à tous les départements de l'institution qui fonc-

tionne avec un si beau succès dans le département de la Seine, et que vivifie la mémoire d'Orfila. L'un de nos premiers soins a été de réclamer les conseils de ceux qui administrent cette grande œuvre, et qui continuent de nos jours la pensée de l'illustre fondateur.

En conséquence, le secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine a été prié, au nom de quelques-uns d'entre nous, de faire connaître son sentiment sur l'admissibilité des médecins des départements dans le sein de l'Association des médecins de la Seine. Voici le résumé de sa réponse :

« Ce sont les manifestations des départements qui doivent amener l'Association de la Seine à demander une généralisation que l'autorité accordera sans doute aux médecins, comme elle l'a accordée aux artistes et aux gens de lettres. »

Cette lettre indique nettement la marche que nous devons suivre : « Ce sont les vœux exprimés par le corps médical des départements qui peuvent donner un point d'appui à l'Association des médecins de la Seine, pour qu'elle se détermine à agir dans le sens de l'Association générale. » L'expression de ces vœux prouvera à l'administration supérieure que le corps médical, dans son ensemble, désire participer aux grandes institutions de bienfaisance dont elle a déjà favorisé l'extension parmi les savants, les artistes et les gens de lettres. En conséquence, la déclaration d'autre part a été soumise au corps médical de la Gironde, et a déjà reçu l'adhésion de soixante-douze de ses membres.

Pénétrés des bienfaits que répandrait dans le corps médical tout entier une Association générale des médecins de France, nous venons demander aujourd'hui le concours de tous nos confrères des départements et les prier d'appuyer la manifestation dont nous avons publié le premier résultat. (V. Journal de médecine de Bordeaux, août 1857.)

Veuillez signer et faire signer par vos confrères la déclaration suivante, la détacher et la renvoyer (*franco*) au secrétaire de la Commission désignée ci-après, M. le docteur Jeannel, à Bordeaux.

« Les soussignés, considérant :

« 1° Que la bienfaisance confraternelle et l'amélioration morale et matérielle de la profession médicale intéressent tous les médecins et doivent déterminer le concours de leurs efforts ;

« 2° Que les associations locales, dont la formation est ordinairement entravée par beaucoup de difficultés, n'offrent pas des éléments de durée indéfinie, en raison du petit nombre de leurs membres;

« 3° Qu'il serait difficile aux associations locales créées dans les départements de réaliser, avant de longues années, le bien qu'amènerait immédiatement une Association générale des médecins de France;

« 4° Que dans la grande manifestation scientifique dont le retentissement émeut encore tous les membres de la famille médicale (l'inauguration de la statue de Bichat), il est impossible de ne pas voir une heureuse tendance vers le but que nous désirons tous atteindre;

« 5° Que l'Association des médecins de la Seine est une institution dont les services et la prospérité démontrent l'excellente organisation, et qu'il n'existe pas d'obstacles matériels à l'extension de cette Association au corps médical de toute la France;

« Déclarent adhérer au vœu des médecins du département de la Gironde, qui demandent l'adjonction des médecins des départements à l'Association des médecins de la Seine, afin de former une Association générale des médecins de France. »

La Commission chargée de recevoir les adhésions est composée de :

MM. Froin, membre du Conseil général de la Gironde (Blaye), *président*;
Cazenave, membre correspondant de l'Acad. imp. de méd. (Bordeaux);
Piffon, docteur en médecine (Lesparre);
Hériéé, chir. en chef de l'hôp. civil et militaire (Libourne);
Ardusset, docteur en médecine (Bazas);
Denucé, professeur à l'École de médecine de Bordeaux;
Levieux ✠, secrétaire général du Conseil d'hygiène de la Gironde (Bordeaux);
Reimonenq, docteur en médecine (Bordeaux);
Jeannel ✠, professeur à l'École de médecine (Bordeaux), *secrétaire*.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des indications et des contre-indications du lait dans les hydropisies. — Nouveau fait relatif à l'emploi de la diète lactée et de l'oignon cru dans l'anasarque de la maladie de Bright.

Par M. H. Guinier, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

L'emploi de la diète lactée dans le traitement des hydropisies n'est pas chose nouvelle : on n'a qu'à parcourir les œuvres de Casimir Medicus, de Hilden, de Van Swieten pour s'en convaincre. Tout le monde sait le mot célèbre de Guy-Patin, au sujet du cardinal Mazarin, son ennemi : « Nous le tenons enfin... Il est hydropique, il prend le lait et il ne guérit pas. »

En 1831, le docteur Chrestien de Montpellier publia dans les Archives un mémoire fort remarqué, sur les bons effets du lait dans les hydropisies. Ayant eu l'occasion de prescrire à titre d'adoucissant et de tempérant le lait d'ânesse cru dans quelques cas d'ascite, notre éminent compatriote fut conduit, par les heureux résultats qu'il en obtint, à généraliser ce moyen médicamenteux. La difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité de donner le lait d'ânesse à titre d'aliment exclusif, l'amena à faire usage du lait de vache cru et froid ou légèrement dégourdi, selon le goût des malades : il préférait le lait cru, dans la crainte de lui faire perdre par l'ébullition quelques-uns de ses principes, et particulièrement son arome, qui s'évapore, dit-il, par le seul effet de la chaleur. Chrestien donnait de deux pintes à six livres de lait cru, sucré ou non, froid ou tiède, pour les vingt-quatre heures : ses succès furent tellement constants, qu'ils ne contribuèrent pas peu à accroître sa célébrité et à vulgariser son nom, déjà si populaire dans le midi de la France. Aussi n'hésite-t-il pas à dire, dans son mémoire, que, dans presque tous les cas d'hydropisie ascite accompagnée ou non d'anasarque, on peut, on doit même essayer de la diète lactée avant d'avoir employé aucun autre remède, sauf peut-être, ajoute-t-il, le cas dans lequel l'ascite reconnaît pour cause l'élément scrofuleux.

En 1853, M. le docteur Serre, d'Alais, a inséré dans le *Bulletin de Thérapeutique* une note sur le traitement de l'anasarque par la diète sèche lactée et l'oignon cru. M. Serre, combinant l'usage du lait, du pain et de l'oignon cru avec l'abstinence de toute autre boisson et de tout autre aliment, est arrivé, dit-il, à produire des merveilles.

« 1° Mettre l'organe sécréteur des urines à la diète par l'abstinence de toute boisson ; 2° l'exciter légèrement avec l'oignon; 3° nour-

rir le corps avec le lait, sa nourriture première, sans l'irriter ; telle est la triple indication, dit l'auteur, merveilleusement remplie par le régime que nous proposons toutes les fois qu'on voudra combattre l'œdème général, l'anasarque : quelle qu'en soit la cause, si les désordres existants sont encore réparables, et quelque avancé que soit le degré d'anémie qui souvent vient les compliquer, pourvu que le malade résiste au besoin de boire et à celui d'ajouter d'autres aliments à ce régime, nous en garantissons l'efficacité. »

Et dans une note postérieure de quelques mois, l'auteur ajoute : « L'oignon doit être mangé cru, après la soupe au lait, avec un peu de sel et du pain en quantité modérée.

« Si la langue est rouge, et si le malade est atteint de diarrhée, l'oignon doit être éliminé, et le traitement se borner à trois soupes au lait et à la diète sèche absolue. »

Enfin, depuis la double communication du médecin d'Alais, plusieurs faits successivement publiés par les docteurs Claudot, de Neufchâteau, Ossieur et Dieudonné, de Belgique, sont venus confirmer ses assertions. (*Bull. de Thérap.*, t. XLV, p. 363, 514.)

Jusqu'à ce moment, on le voit, chacun a apporté son contingent de faits, mais nul encore n'a cherché à poser des indications et des contre-indications pour le traitement proposé. Quelques-uns même ont eu de la tendance, comme le constatent nos précédentes citations, à en faire un moyen empirique, une espèce de panacée, convenable à tous les cas, sauf de très-rares exceptions. Les faits de Chrestien et de M. Serre sont remarquables par la diversité des conditions de succès qu'ils signalent ; après leur lecture, on est tenté de croire que pas un cas d'anasarque et d'hydropisie ne saurait résister à la thérapeutique préconisée.

Ainsi présenté, le traitement par la diète sèche lactée et l'oignon cru nous semble destiné à rejoindre dans l'arsenal thérapeutique cette innombrable quantité de moyens dont l'existence ne fut qu'un brillant éclair ; le même jour vit commencer et finir leur règne, et c'est là le sort réservé à cette pléiade de remèdes dits infaillibles pour toutes les maladies, quotidiennement offerts au public crédule à la quatrième page des journaux.

C'est parce que nous croyons que le traitement proposé par M. le docteur Serre, d'Alais, mérite d'en être distingué, et doit, sagement réglé, amener d'utiles résultats, que nous présentons ces quelques réflexions.

Et d'abord est-ce un traitement radical ou symptomatique ?

Il faut distinguer : dans certaines hydropisies, et principalement

dans la plupart des hydropisies essentielles dites actives, l'usage du lait a pu amener une guérison définitive; nous en expliquerons plus loin les motifs; mais il n'en est plus de même dans les hydropisies symptomatiques, c'est-à-dire pathogénétiquement liées à certains vices organiques ou affectifs spéciaux. L'anasarque de la maladie de Bright nous en offre un exemple.

Tandis que, dans l'hydropisie rénale, quelques-unes des observations précédemment citées semblent conclure à une cure radicale, notre observation conclut, au contraire, à une efficacité purement symptomatique; dans l'observation dont nous donnons plus loin les détails, les urines sont restées albumineuses, comme chez le malade dont parle M. Ossieur; l'anasarque, avec l'épanchement pleurétique, est le seul phénomène qui ait disparu; et ce que nous disons ici de l'efficacité purement symptomatique de la diète lactée et de l'oignon cru dans l'hydropisie rénale s'applique en même temps à toutes les hydropisies du même genre.

L'anasarque, en effet, dans la maladie de Bright, n'est qu'un des phénomènes manifestateurs de l'*affection*, au même titre que l'altération des reins et que les urines albumineuses. Comme les urines albumineuses, l'hydropisie est un de ces phénomènes communs, indépendants ou affectifs, que l'on trouve dans la manifestation habituelle d'une foule d'états morbides et qui n'ont par eux-mêmes aucune valeur spéciale; leur valeur est toute relative, et elle n'est même que cela; impuissants à constituer à eux seuls la représentation symptomatique d'une affection ou d'une lésion quelconque autre que leur *affection propre* (¹), leur coexistence avec d'autres phénomènes concourt cependant à caractériser une maladie. Dans la maladie de Bright, l'altération des reins, l'albuminurie, l'anasarque, sont trois faits coexistants, mais non engendrés l'un par l'au-

(¹) Lorsqu'un phénomène symptomatique tel qu'une hydropisie (anasarque, ascite, hydrothorax, etc.), une paralysie (hémiplégie, paraplégie, etc.), une névrose (chorée, épilepsie, etc.), existe seul, sans que, dans l'état actuel de la science, il soit possible de le rattacher soit à une altération organique préexistante, soit à un vice affectif (syphilis, goutte, etc.), nous disons qu'il est produit par son *affection propre* (affection hydropique, paralytique, névrosique, etc.). Un phénomène symptomatique quelconque ne peut, en effet, exister *per se*, sans une cause génératrice; quand cette cause nous échappe, nous sommes bien forcés de la placer dans une *modification vicieuse de la force par laquelle nous vivons*, ou *état morbide affectif*, dont le phénomène observé est la *manifestation extérieure*. Pour être de plus en plus rares avec les progrès de l'anatomie pathologique et des autres branches de la science médicale, ces faits ne méritent pas moins d'être signalés.

tre. Ils ont chacun leur pathogénie spéciale indépendante, leur marche, et jusqu'à un certain point leur traitement propre, dans la pathogénie, la marche et le traitement de l'affection, dont leur réunion forme le caractère manifestateur; leur solidarité réside seulement dans la modification vitale qui leur donne simultanément naissance. Nous sommes loin de l'époque où M. Martin-Solon déclarait que, dans la maladie de Bright, la détérioration des reins est la *cause unique* des épanchements séreux : d'où la conséquence logique de l'*inévitable* formation de l'hydropisie toutes les fois que se produit la détérioration dont il parle. Dans la maladie de Bright, comme dans les maladies du cœur, malgré les assertions de Lower, MM. Bouillaud, Raynaud, etc., comme dans celles des poumons, malgré les rapprochements établis par Abercrombie et Darwall, comme dans celles du sang, malgré les affirmations de MM. Andral, Becquerel et Requin, comme dans toutes celles, en un mot, qui comptent l'hydropisie au nombre de leurs phénomènes manifestateurs *habituels*, la présence des accumulations séreuses conserve un caractère de contingence. C'est ce qu'ont reconnu M. Martin-Solon lui-même pour les maladies du cœur et du foie, Bright, Christison, Gregory, MM. Rayer et Becquerel pour l'affection rénale de Bright; c'est ce qu'a surtout surabondamment démontré, pour cette dernière, le docteur Louis Barre, dans son excellente dissertation inaugurale; démonstration consolante pour la pratique, puisque son résultat immédiat est d'établir la possibilité, sinon de la cure radicale, du moins de l'amendement et même de la disparition complète et plus ou moins durable de l'hydropisie d'un malade atteint d'un vice organique ou d'une affection au-dessus des ressources de l'art.

C'est là l'action de la diète lactée et de l'oignon cru préconisés par le docteur Serre, d'Alais : ce moyen rigoureusement et patiemment suivi, quand il est bien indiqué, amène un soulagement momentané, plus ou moins durable, que la pratique ne doit pas dédaigner.

C'est surtout dans l'hydropisie rénale qu'il est appelé à rendre de véritables services. Nous n'avons, en effet, aucune ressource thérapeutique directe à opposer à la cause quelle qu'elle soit de la maladie de Bright passée à l'état chronique. Les nombreux insuccès des antiphlogistiques ne prouvent que trop qu'il y a dans l'Entier autre chose qu'un état inflammatoire, dans le rein malade autre chose qu'une inflammation ; et nous ne connaissons aucun remède capable de ramener à son type normal ce mode vicieux de la vie, selon l'expression du docteur Louis Barre, lequel mode domine toute

la pathogénie de l'hydropisie rénale. Privés des ressources d'un traitement radical, nous sommes donc réduits à un traitement purement symptomatique; trop heureux lorsqu'un moyen quelconque nous permet de pallier au moins l'un des plus graves effets de cette modification vitale vicieuse sur laquelle nous ne pouvons rien.

La diète sèche lactée et l'oignon cru nous paraissent un de ces moyens, et nous allons voir que leur action, loin d'être empirique, est parfaitement rationnelle.

Peut-on, comme semblent implicitement le proposer Chrestien et M. Serre, d'Alais, employer indifféremment le lait dans tous les cas d'hydropisie ? Nous ne le croyons pas.

Il y a des estomacs qui ne tolèrent que très-difficilement le lait, et qui lui sont même complétement réfractaires ; ces antipathies vitales s'observent *à fortiori* pour l'oignon cru, et nous pourrions citer telles personnes qui se voient dans l'obligation de proscrire cette espèce de bulbe de leur régime, même à titre de simple condiment. Comment soumettre des personnes de ce genre à une pareille médication ?

Il y a plus : quelque constamment la même en apparence que soit l'hydropisie rénale, elle n'a rien de spécial, comme le prouve la contingence de sa formation ; elle n'est nullement liée à la présence ni au degré de l'altération rénale, et, par suite, elle en est indépendante et rentre dans la grande classe des hydropisies spontanées. Or, quoi qu'on ait pu dire de l'efficacité du lait dans ces dernières, les cas qui en réclament l'emploi sont parfaitement limités.

Dans les faits de guérison des hydropisies par la diète sèche lactée et l'oignon cru, la plupart des médecins semblent ne voir que l'évacuation du liquide séreux par l'appareil urinaire ; mais il y a plus qu'un simple déplacement, qu'une simple évacuation d'humeurs : il y a amendement de la cause seconde qui a produit leur anormale accumulation. Nul ne peut nier que le phénomène de l'hydropisie ne soit en réalité qu'un effet : si l'accumulation séreuse était toute la maladie, qui ne voit combien il serait facile par l'évacuation directe (paracentèse, mouchetures, etc.) d'amener la guérison ? Malheureusement il n'en est rien ; un liquide en remplace un autre, et c'est le cas de dire que l'opération dont nous parlons n'attaque ordinairement que l'ombre de la maladie. Cette opération ne réussit, en effet, que lorsque, la cause de l'épanchement étant détruite et les forces absorbantes restant au-dessous de la tâche qu'elles ont à accomplir pour faire disparaître le liquide, le chirurgien fournit à la nature une voie artificielle qui remplace

celles par lesquelles la sérosité aurait dû être normalement éliminée : ces cas sont incontestablement fort rares.

Dans toute hydropisie, il faut bien le reconnaître, il y a un organe primitivement ou secondairement affecté ; il l'est primitivement dans les hydropisies dites essentielles, il l'est secondairement dans celles qui sont un symptôme habituel à certaines maladies accompagnées d'altérations organiques. Cet organe, c'est l'une ou l'autre membrane séreuse (péritoine dans l'ascite, plèvre dans l'hydrothorax, etc.), ou bien les tuniques des vaisseaux capillaires qui parcourent le tissu cellulaire sous-cutané (anasarque, etc.). La nature de cette affection est assez souvent hypersthénique, surtout dans l'anasarque ([1]) et dans l'hydropisie rénale : la dureté particulière que présentent les téguments, les caractères du pouls qui l'accompagnent, son mode habituel de formation, sa marche, sont autant de caractères que l'on retrouve dans les hydropisies actives : et c'est là précisément le cas dans lequel la diète lactée fait merveille ; elle ne guérit pas parce qu'elle provoque des urines plus abondantes, mais parce qu'elle détruit par son action adoucissante et tempérante la condition pathologique des accumulations séreuses. Cette condition enlevée, et l'action du lait, et plus particulièrement celle de l'oignon cru, dans la médication de M. Serre, d'Alais, s'exerçant spécialement sur l'appareil urinaire, cet appareil devient le canal par lequel la nature se débarrasse des liquides anormalement accumulés. Cela est si vrai, que si le fond de l'hydropisie n'est pas hypersthénique, et à plus forte raison s'il est asthénique, non-seulement le lait ne guérit pas, mais il aggrave la maladie.

L'observation clinique démontre, en effet, l'inutilité sinon même les dangers de la diète lactée dans toutes les hydropisies dites passives, asthéniques ou par débilité, dans celles qui surviennent chez des individus d'une pauvre constitution ou lentement affaiblis par une affection chronique, dont le pouls est faible et les forces languissantes ; elle constate, au contraire, l'utilité de son emploi dans les hydropisies dites actives, sthéniques ou pléthoriques, dans celles qui se forment chez les individus d'une résistance vitale énergique, jeunes, d'une constitution robuste, dans celles qui indiquent la saignée, dans celles qui s'accompagnent d'un état spasmodique prononcé, d'une hypersthénie générale : les observations de Chrestien en sont, avec beaucoup d'autres que nous pourrions citer et dont quelques-unes nous ont eu pour témoin, de remarquables

---

([1]) J.-P. Franck. Médecine pratique, traduct. Goudareau, t. II, p. 109.

exemples. Le lait convient encore dans les hydropisies survenues chez des sujets primitivement ou non débilités, mais momentanément surexcités par un traitement antérieur : dans ces cas en apparence contraires à l'emploi du lait et dont le diagnostic réclame toute la sagacité du praticien, nous l'avons vu amener les plus heureux résultats. On conçoit que le lait agit alors comme adoucissant et tempérant, non pas sur une hypersthénie radicale ou constitutionnelle, mais sur une excitation tout artificielle.

Hors ces cas, nous le répétons, la diète lactée nous paraît plus nuisible qu'utile, et la promptitude de son heureux résultat, dans l'observation que l'on va lire, tient surtout à l'état hypersthénique du sujet, chez lequel des émissions sanguines générales et locales ont été primitivement de mise.

Ces indications posées, abordons l'étude de la médication en elle-même.

Le lait doit présenter certaines conditions indispensables ; elles sont relatives à ses qualités (selon l'espèce, la nourriture, l'hygiène de l'animal qui le fournit), à son âge, à son état de coction ou de crudité, à sa quantité ingérée dans les vingt-quatre heures. On comprend que nous ne voulons dire qu'un mot sur chacune de ces conditions.

Tout le monde sait que tel malade qui digère bien le lait de vache, par exemple, ne peut nullement supporter le lait d'ânesse, et *vice versâ*. On est donc obligé d'adopter, dans tel cas, le lait de tel animal plutôt que le lait de tel autre. Nous ne pouvons ici établir des règles précises, n'ayant pu observer que les résultats produits par l'usage du lait d'ânesse et du lait de vache ; nous croyons que le choix de l'animal doit reposer, d'une part, sur les connaissances si précises aujourd'hui (surtout depuis les beaux travaux de Parmentier et Deyeux, de MM. Payen, Péligot et Donné) des qualités de son lait, et, d'autre part, sur l'état particulier et l'idiosyncrasie du malade. Personne n'ignore combien l'âge, la nourriture, l'hygiène de l'animal influent sur les qualités de son lait ; on n'a qu'à comparer sous ce point de vue le lait fourni par les vaches de nos villes, constamment enfermées dans des espaces étroits, mal aérés et privés de lumière, soumises à une immobilité permanente, nourries de fourrages secs, et le plus souvent abreuvées d'eau de puits plus ou moins potable, avec celui fourni par les vaches paissant en liberté dans nos plaines et sur nos montagnes. On comprendra sans peine combien le premier est pauvre en principes nutritifs relativement au second, combien même le premier peut être mal-

sain, par suite du dépérissement et trop souvent de la tuberculisation que subissent les animaux qui le produisent.

L'âge du lait mérite aussi son attention ; en général, il est bon qu'il ne soit ni trop jeune, ni trop vieux : un lait de quatre à six mois remplit les meilleures conditions.

L'état de crudité ou de coction du lait n'est pas chose indifférente ; tous les observateurs s'accordent à reconnaître au lait cru, récemment trait, des propriétés que ne présente plus le lait qui a bouilli ; cependant la susceptibilité de l'estomac oblige quelquefois, comme le remarque Chrestien, à donner du lait légèrement dégourdi. Le lait cru est le meilleur, le lait cuit ne doit être qu'un pis-aller.

Nous avons vu Chrestien faire prendre à ses malades de deux livres à six pintes dans les vingt-quatre heures ; aussi ne note-t-il jamais le phénomène si incommode de la soif. M. Serre, d'Alais, réduit beaucoup cette quantité, en ne donnant à ses hydropiques que trois soupes par jour ; le pain qu'il ajoute supplée en partie, comme aliment, à la quantité de lait qu'il supprime ; mais la soif ne tarde pas à se manifester.

L'effet immédiat de la médication de M. Serre est facile à saisir : l'abstinence de toute boisson affame le système absorbant ; l'oignon cru excite l'appareil urinaire, dont la fonction s'exercerait à vide si aucun liquide ne lui était fourni ; mais, le lait détruisant la cause qui retient le liquide séreux extravasé, celui-ci est immédiatement saisi par les absorbants, entraîné dans le torrent circulatoire, et porté aux reins qui l'éliminent par les urines. Par le fait, cette médication est un peu mécanique, et nous nous demandons, au risque de voir le traitement se prolonger plus longtemps, s'il est bien indispensable de soumettre ainsi les malheureux hydropiques aux tortures de la soif. Nous pensons que l'on peut permettre au malade une dose de lait proportionnée à ses besoins, et qu'en conséquence on ne peut la préciser d'avance.

On a peut-être un peu exagéré la nécessité de priver le malade de tout autre aliment, ou tout au moins de tout autre agent médicamenteux. La difficulté de la digestion du lait par certains estomacs fait une loi, quand il est d'ailleurs bien indiqué, de l'associer à certaines substances qui le fassent tolérer. Sa coagulation dans le ventricule peut être trop lente, ce que traduisent ordinairement des éructations nidoreuses : on conseille alors l'addition d'une liqueur légèrement alcoolique ou même d'une solution acide ; ou bien cette coagulation est trop rapide et il survient des aigreurs, et dans ce cas

on donne de l'eau de chaux ou de la magnésie calcinée. Le plus souvent même une légère infusion de thé, de feuilles de tilleul ou d'oranger suffisent dans les deux cas et favorisent la digestion. On ne saurait proscrire ces divers moyens adjuvants dans le traitement que nous étudions.

Quant à l'usage de l'oignon cru, son action nous paraît secondaire et seulement adjuvante. Nous l'avons vu supprimer sans que l'amélioration se ralentît; cependant, quand il n'y a aucune contre-indication, sa propriété diurétique mérite qu'on le conserve malgré son inconvénient d'augmenter la soif.

La durée du traitement, d'après la formule de M. Serre, d'Alais, est assez précise; elle varie entre douze et vingt-cinq jours. Lorsque, après une vingtaine de jours, on n'a obtenu aucune amélioration, il vaut mieux y renoncer; l'estomac ne s'en trouverait pas bien. D'ailleurs, à cette époque, les malades sont trop fatigués de la sévérité de leur régime pour permettre la prolongation d'un traitement sans résultat évident pour eux, et qui réclame une certaine force de volonté.

Le premier phénomène, en effet, qu'ils éprouvent, est une soif inextinguible que ne contribue pas peu à rendre intolérable l'usage de l'oignon cru salé; c'est là une sensation extrêmement pénible, qui décourage parfois les malades les plus résolus. Quelques tranches de citron promenées dans la bouche ne suffisent malheureusement pas à la faire disparaître.

Lorsque le traitement doit être suivi de succès, les urines ne tardent pas à augmenter d'une manière notable, et l'hydropisie diminue : ce premier résultat suffit ordinairement pour soutenir le moral du malade, surtout si, comme cela arrive, l'amélioration est rapide et progressive. *(La fin au prochain numéro.)*

De l'emploi des lunettes, considéré dans ses rapports avec le traitement des troubles de la vision.

Par M. Bonnet, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon (¹).

Amblyopie et amaurose. — La nature des causes qui produisent habituellement l'amblyopie et l'amaurose ne permet pas d'accorder une importance capitale au traitement gymnastique. Quand on sait

---

(¹) Fin. — Voir la livraison du 15 octobre, p. 289.

que la perte de la vision sans lésion matérielle se développe ordinairement à la suite de chagrins prolongés, de l'onanisme, ou des excès vénériens; qu'elle peut être la conséquence des affections constitutionnelles, dont les symptômes les plus apparents sont l'albuminurie ou le diabète, on prévoit sans peine que l'indication essentielle du traitement n'est pas de régler d'une manière quelconque l'exercice des yeux : il faut recourir, avant tout, à des médications en rapport avec les causes productrices et les affections constitutionnelles.

Cependant, lorsqu'il s'agit de réveiller la sensibilité affaiblie de la rétine, il est évident que l'action de la lumière constitue l'excitant le plus direct et le plus spécial que l'on puisse employer; et l'on est ainsi conduit à recourir à l'exercice de la vision, sinon comme à un moyen fondamental, au moins comme à un moyen d'une véritable importance.

Cette conclusion n'est pas en rapport avec les opinions des auteurs. La plupart d'entre eux ne disent rien de l'exercice de la vision, et ceux qui en parlent ne le font que pour éloigner de son emploi. Ainsi M. Lévy dit, sans doute d'après M. Sichel, dont il exprime les opinions : « L'interdiction absolue et prolongée du travail est la première condition du traitement..... Toute espèce de verre à foyer convexe ou concave sera défendue; la lecture et l'écriture ne seront permises qu'après la disparition de tous les symptômes d'amblyopie : encore devra-t-on éloigner les objets et se reposer d'abord à chaque minute. » (Traité d'hygiène, t. II, p. 588).

Cette proscription des lunettes et de l'exercice des yeux n'est justifiée, ni par le raisonnement, ni par l'analogie : le raisonnement, qui montre dans la lumière le stimulant le plus naturel de la rétine paralysée; l'analogie, qui, nous faisant apercevoir des rapports entre l'amblyopie et la disposition à la fatigue des yeux, nous conduit à pressentir l'utilité des moyens qui réussissent dans cette dernière affection.

A quels procédés recourir ?

Il ne suffit pas, dans l'amblyopie, de prendre des lunettes faibles, comme dans la simple inaptitude à l'exercice des yeux. Les numéros convexes 20 et au-dessous sont insuffisants pour la lecture; des numéros beaucoup plus forts deviennent nécessaires, et l'on est quelquefois obligé d'en employer qui n'ont que d'un à deux ou trois pouces de distance focale.

M. le docteur Galavardin m'a fait remarquer, d'après des essais faits sur lui-même, que des verres trop forts produisent un mal de tête; il faut les diminuer jusqu'à ce que ce symptôme cesse. L'on

y trouve un guide que l'on n'a point quand les verres sont trop faibles.

Deux ordres de lunettes sont nécessaires : l'une forte, pour la lecture; l'autre faible, pour voir les objets éloignés. La première est toujours grossissante; la seconde l'est habituellement; ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'elle doit être à verres de myope. On peut lui donner une distance focale double de celle des verres qui servent à la lecture : ainsi elle aura le n° 20, si c'est le n° 10 qui sert à la lecture. Grâce à ces lunettes, les yeux ont un double exercice : exercice d'application, exercice de vision simple.

Faut-il ajouter à l'exercice des yeux avec des lunettes l'emploi habituel des conserves? ou, dans l'absence de tout traitement gymnastique, faut-il faire porter des lunettes planes et colorées qui garantissent les yeux de la lumière? Nous n'hésitons pas, avec M. Schlesinger, à répondre par la négative. A moins d'une photophobie excessive, les yeux doivent recevoir librement l'impression de la lumière et regarder sans obstacle les objets qui se présentent devant eux. Si on les place dans une obscurité constante, leur impressionnabilité va toujours en augmentant, à mesure que s'affaiblit leur aptitude à la vision.

Il est évident, du reste, que ces réflexions ne s'appliquent pas aux amblyopies congestives ou inflammatoires. Tout ce que nous disons sur l'utilité des exercices avec les lunettes et les dangers des verres colorés a trait à la période asthénique des troubles de la vision.

Ajoutons que l'exercice des yeux doit toujours être associé avec un traitement en rapport avec les indications qui se déduisent des causes et des symptômes. M. Schlesinger insistait sur la nécessité de l'exercice corporel et sur un régime substantiel et abondant. Ce fut même par suite de l'impossibilité de réunir dans les hôpitaux ces deux conditions essentielles de succès, qu'il refusa, dit-il, de continuer les expériences qu'il avait commencées dans son service en 1849. Il veillait avec le plus grand soin à ce que les malades ne retombassent pas dans leurs habitudes d'onanisme ou d'excès vénériens; et par l'emploi du sulfate de soude administré chaque jour, il entretenait l'appétit et la liberté des selles.

Malgré cet ensemble de moyens, on n'obtient pas, dans les affaiblissements de la vue, la même constance ni la même sûreté de résultats que dans la disposition à la fatigue des yeux : loin de là, on échoue dans un grand nombre de cas.

L'insuccès est constant si la vue est assez complétement perdue pour que la lecture soit impossible, quelle que soit la puissance des

verres. A plus forte raison échoue-t-on toujours lorsque la cécité est complète. La vue de la flamme, à travers des verres colorés en rouge ou en jaune, est alors aussi impuissante que tous les autres moyens.

Si la lecture est possible et qu'elle exige des verres très-forts, comme ceux du n° 3 au n° 12, on doit conserver peu d'espérance de réussir. Je ne trouve dans mes notes aucun exemple de succès dans ces conditions difficiles.

Les chances sont plus favorables si la vue est conservée assez bien pour que la lecture soit possible avec des verres du n° 12 au n° 24, surtout si les sujets sont au-dessous de quarante ans, si leur constitution n'est pas trop détériorée, et s'ils ont abandonné depuis longtemps les habitudes d'onanisme ou d'excès vénériens, qui sont la cause prédisposante la plus commune et la plus puissante des affaiblissements de la vue sans lésion anatomique. Il faut aussi évidemment, pour réussir, n'avoir à lutter ni contre des lésions organiques des centres nerveux, ni contre des cachexies profondes, comme l'albuminurie ou le diabète, mais qu'en soumettant l'œil à des exercices convenables, on puisse restaurer les forces et combattre les complications telles que la lenteur des évacuations intestinales ou le froid des extrémités; on pourra alors espérer de véritables succès.

Je m'appuie, en émettant ces propositions, d'abord sur les faits dont j'ai été le témoin dans la pratique de M. Schlesinger, et ensuite sur ceux que j'ai recueillis moi-même. Dans ma pratique civile de 1850, deux malades sur quatre obtinrent les résultats les plus satisfaisants. L'une était cuisinière de Mme de ..... Elle avait le regard amaurotique, et elle ne pouvait venir chez moi qu'accompagnée d'une personne; elle avait besoin d'un guide, même pour traverser la place Bellecour, dans ces parties où les piétons pénètrent seuls; elle ne distinguait que les lettres ayant au moins un centimètre de hauteur. Au bout de deux semaines, elle put, avec ses lunettes, lire entièrement la messe : le mieux fit des progrès graduels, et deux mois après le début du traitement, les nouvelles que j'en ai eues m'ont appris qu'elle en était arrivée au point de pouvoir lire sans lunettes.

Je trouve aussi, dans des notes recueillies dans ma clinique de l'Hôtel-Dieu en 1849, les quatre observations suivantes, qu'il me paraît utile de publier dans leurs détails, et qui ont été rédigées par M. C. Pomiès, aujourd'hui médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Obs. I. *Amblyopie inégale des deux yeux. Traitement de deux mois par le sulfate de soude et par l'exercice de la vue à l'aide des lunettes à verres plans*

convexes. Amélioration.— Le sujet de cette observation est un jeune homme de vingt-quatre ans, assez bien constitué, exerçant la profession d'imprimeur. Il y a deux ans qu'il s'aperçoit de l'affaiblissement de sa vue ; il n'a pas suivi de traitement. La pupille droite est beaucoup plus dilatée que celle du côté gauche, elle est sensible néanmoins à l'action de la lumière. La vue de cet œil est très-imparfaite, la lecture est tout à fait impossible. Du côté gauche, l'affaiblissement de la vue est moindre; mais elle se fatigue très-promptement, et, en outre, les objets paraissent couverts d'un brouillard. La transparence des milieux de l'œil n'est pas altérée. Ce jeune homme était adonné à l'onanisme dans son enfance ; il est sujet à des éruptions de pustules d'acné sur les épaules et sur la face, il n'a pas habituellement de mal de tête.

Le traitement fut commencé le 16 décembre 1847. On fit prendre d'abord 40 grammes de sulfate de soude, et les jours suivants 5 grammes seulement. On continua l'usage du sel purgatif pendant toute la durée du séjour du malade dans la salle de clinique. Tous les dix jours, on répétait la dose de 40 grammes et, dans l'intervalle, on faisait prendre les 5 grammes. Cette dernière dose ne provoquait pas de diarrhée; elle donnait lieu à deux selles faciles dans la journée. Les verres plans convexes, qui parurent d'abord s'accommoder le mieux à chacun des deux yeux, furent, pour l'œil droit, le n° 12, et pour l'œil gauche le n° 36.

Lorsque les yeux furent habitués à ces lunettes, on changea le numero des verres ; le 23 décembre, on donna le n° 15 pour l'œil droit, en conservant le n° 36 pour l'œil gauche. Le 2 janvier, œil droit n° 20, œil gauche n° 38; le 11 janvier, œil droit n° 24, œil gauche n° 40; 18 janvier, œil droit n° 28, œil gauche n° 40; 1er février, œil droit n° 30, œil gauche n° 50.

Sous l'influence de ce traitement, l'état de la vue ne tarda pas à s'améliorer. La pupille du côté droit se resserra et devint plus sensible à l'action de la lumière. Le matin, l'ouverture pupillaire était beaucoup plus dilatée qu'elle ne l'était après la lecture. Le malade lisait chaque jour pendant deux ou trois heures, par séances de vingt minutes à une demi-heure. Plus tard, il put lire pendant une heure entière sans interruption. Lorsqu'il quitta la salle, le 15 février, ses yeux n'éprouvaient une fatigue appréciable qu'à la fin de la journée, lorsque la lecture avait été continuée pendant quatre ou cinq heures. Les lunettes n'étaient plus indispensables, le malade pouvait lire sans elles des caractères d'imprimerie de petite dimension. Les fonctions de l'œil droit ne s'exerçaient d'ailleurs que d'une manière incomplète, bien que l'amélioration de la vue de ce côté fût très-notable.

On a pu remarquer que dans l'emploi des verres à convexité décroissante, nous avons changé plus souvent les numéros du côté droit que du côté gauche. L'œil droit était le plus malade, nous cherchions à le ramener progressivement au même degré que l'œil gauche; ce résultat n'a été obtenu que d'une manière incomplète; cependant lorsque le malade regardait avec ses deux yeux, il voyait très-distinctement, même sans se servir de lunettes. L'interjection de la vue du côté droit n'empêchait pas la vision nette des objets. Les faits de ce genre ne sont pas rares. L'inégalité dans la faculté visuelle des deux yeux est assez fréquente, spécialement chez les personnes affectées de strabisme, et néanmoins il n'y a pas de diplopie. L'explication de ce phénomène, la plus généralement admise, c'est que les malades ne regardent alors qu'avec l'œil qui voit le mieux; l'image imparfaite qui vient se peindre sur la rétine de l'œil le plus faible ne donne lieu à aucune sensation.

L'usage des verres plans convexes a produit le resserrement de l'ouverture pupillaire, en d'autres termes il a rétabli en partie la contractilité de l'iris. Dans l'état ordinaire, l'intensité de la lumière et l'acte volontaire en vertu duquel on fixe un objet rapproché sont les conditions sous l'influence desquelles la pupille se contracte. Nous retrouvons, dans l'usage des verres plans convexes, ces deux causes de stimulation; les rayons lumineux acquièrent plus d'intensité en traversant la lentille, et l'image, plus brillante, plus éclairée et agrandie, vient frapper la rétine. Dès lors, la vision devient plus nette, l'exercice de la lecture, qui était impossible à l'œil nu ou qui nécessitait des contractions pénibles et une attention extrême, devient plus facile et peut être prolongée sans fatigue pendant plusieurs heures. A mesure que la fonction se rétablit sous l'influence de l'exercice que les lunettes ont rendu possible, on diminue la puissance du moyen adjuvant, et l'on peut arriver progressivement à se passer de celui-ci.

Obs. II. *Amaurose atteignant inégalement les deux yeux. Cécité presque complète de l'œil droit. Amblyopie considérable de l'œil gauche. Traitement par les évacuations sanguines, par l'emploi du sulfate de soude et par l'exercice de la vue à l'aide des verres plans convexes. Amélioration rapide.* — Bernard Didier, âgé de cinquante ans, d'une constitution forte, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 31 décembre 1847. Sa santé générale est très-bonne : il a habité pendant huit ans le Sénégal, mais il n'y a jamais été malade. Dans sa première jeunesse, il était adonné à l'onanisme. Il avoue avoir fait un usage immodéré des boissons alcooliques. L'affaiblissement de sa vue a commencé il y a quatre ans environ. Il éprouvait en même temps des maux de tête habituels. Il y a deux ans qu'il eut une attaque d'apoplexie, à la suite de laquelle le côté droit du corps fut paralysé d'une manière incomplète et l'amaurose considérablement aggravée. L'usage de la strychnine rétablit le mouvement et la sensibilité des membres et produisit une amélioration notable dans l'état de la vue. Cependant, depuis une année, la maladie des yeux a fait de nouveaux progrès et, depuis trois mois, le malade a été forcé de renoncer à l'exercice de sa profession de cordonnier.

L'œil droit est frappé d'une cécité presque complète, il distingue à peine le jour de la nuit. La pupille de ce côté est plus dilatée que celle du côté opposé; l'iris, d'un bleu clair, conserve au moins une certaine impressionnabilité à l'action de la lumière; il n'existe d'ailleurs aucune lésion matérielle appréciable dans les parties constituantes des deux yeux; le regard a le caractère d'immobilité propre aux amaurotiques. A raison des maux de tête auxquels le malade était sujet, on commença le traitement par une saignée de pied et, un mois après, le 3 février, on fit encore une application de sangsues aux chevilles. On fit prendre, en outre, 45 grammes de sulfate de soude tous les dix jours et, chaque matin, 5 grammes du même sel dans une verrée d'eau, édulcorée avec le sirop de limons. On chercha, en outre, à réveiller la sensibilité de la rétine en exerçant les yeux au moyen des lunettes à verres grossissants. Quel que fût le numéro employé, l'œil droit ne pouvait distinguer aucun objet. L'œil gauche, qui ne pouvait pas lire sans lunettes, acquérait cette faculté avec un verre plan convexe n° 10.

Ce fut avec un verre de ce numéro que le malade commença à exercer sa vue, lisant chaque jour pendant deux ou trois séances de vingt minutes. Les premiers jours, cet exercice occasionna un peu de fatigue, mais elle ne fut pas durable, et dès le 18 janvier, il y avait, dans l'état de la vue, une amélioration très-appréciable. Tous les cinq à six jours, on changeait le verre des lunettes, en les

choisissant de moins en moins convexes; on descendit ainsi jusqu'au n° 24 dans l'espace de deux mois. Les purgatifs avaient été continués pendant la durée presque entière du traitement.

Le 28 février, le malade demande demanda à quitter la salle ; sa vue était assez améliorée pour qu'il pût reprendre les travaux de sa profession. Deux ans auparavant, l'affaiblissement considérable de la vue qui avait suivi l'attaque d'apoplexie avait été guéri en partie et d'une manière assez rapide, par le traitement mis en usage, et spécialement par l'emploi de la strychnine. Cette circonstance d'une maladie antérieure guérie par des moyens différents de ceux que nous avons mis en usage, diminue l'importance de cette observation : on peut se demander, en effet, si l'état amaurotique n'était pas seulement le résultat d'une congestion passagère, et s'il ne se serait pas dissipé sans qu'il fût nécessaire de recourir à l'emploi des lunettes. Nous ferons remarquer, à ce sujet, que la maladie n'avait pas débuté d'une manière soudaine, que l'aggravation avait été graduelle, et que, depuis trois mois, la vue s'était affaiblie beaucoup, sans qu'il y eût des signes manifestes de congestion cérébrale. Il y a donc lieu de croire que l'exercice des yeux à l'aide de lunettes n'a pas été sans influence sur le rétablissement de la vision, et que cette gymnastique a produit sur les yeux une sorte d'action tonique, comme celle de la gymnastique des muscles sur les organes de la locomotion.

Obs. III. — *Presbytie compliquée d'amblyopie; traitement par les résolutifs cutanés et par la strychnine; pas d'amélioration; emploi quotidien du sulfate de soude et exercice de la vue à l'aide des verres plans convexes; amélioration notable.* — Fonvieille, Jean-Marie, âgé de quarante ans, d'un tempérament sanguin-lymphatique, avait la vue faible depuis son enfance ; cette indisposition avait un caractère d'hérédité, car sa mère était amaurotique. Dans sa première jeunesse, le malade avait été adonné à la masturbation, sinon avec excès, du moins avec assez de persistance pour que cette circonstance mérite d'être prise en considération. Dès l'âge de dix-huit ans, il faisait usage de lunettes à verres biconvexes, n° 24. Il avait essayé, à cette époque, des lunettes de myope ; elles ne s'accommodaient pas du tout à sa vue. Ses yeux s'affaiblissaient de plus en plus ; Fonvieille, qui exerce la profession de tisseur d'étoffes de soie, était arrivé peu à peu à se servir de verres biconvexes n° 10. Enfin, inquiet de la diminution rapide de sa vue, il était venu à l'Hôtel-Dieu de Lyon au commencement de janvier 1848. Le chirurgien dans le service duquel il fut placé fit prendre deux ou trois purgatifs, appliqua des vésicatoires à la nuque, de la potasse caustique derrière les oreilles, et ordonna des pilules de strychnine. Au rapport du malade, l'emploi de ce dernier moyen aurait été suivi d'une excitation nerveuse très-grande et d'une sensibilité des yeux telle, que la moindre lumière causait une vive douleur.

Sorti de l'Hôtel-Dieu le 15 février 1848, Fonvieille entrait dans la salle de clinique chirurgicale de cet hôpital le 22 du même mois. Il se plaignait alors d'éprouver de la douleur dans la région orbitaire et d'avoir la vue très-fatiguée quand il essayait de travailler pendant une heure ; il se plaignait surtout de ce que la portée de ses yeux aidés de lunettes n'était pas assez étendue pour qu'il pût voir distinctement à la distance nécessaire pour l'exercice de sa profession. La vue, d'ailleurs, était trouble, et tous les objets semblaient couverts d'un nuage. Il n'y avait pas de trace d'inflammation ni d'altération matérielle appréciable des organes de la vision. L'iris, d'une couleur gris clair, était sen-

sible à la lumière; la pupille était plutôt étroite que dilatée; le regard avait la fixité propre aux amaurotiques.

Le 24 février, on fit prendre au malade 45 grammes de sulfate de soude dans un demi-litre de limonade; on remplaça les verres biconvexes n° 10, par des verres plans convexes du même numéro. — Le 25 février et les jours suivants, on fit prendre 5 grammes de sulfate de soude; huit jours après, on revint aux 45 grammes pour une fois seulement, et ainsi de suite pendant toute la durée du traitement. Cette médication avait pour but d'entretenir la liberté du ventre et de produire une dérivation capable de combattre la congestion sanguine dont les yeux pouvaient être le siége. Tous les cinq à six jours, on changea les verres des lunettes, en les choisissant de moins en moins convexes. Ainsi, on passa du n° 10 aux n°s 12, 13, 15 et 16; ce dernier fut mis en usage le 16 mars.

Le malade lisait chaque jour pendant deux ou trois heures avec ses lunettes, et les quittait lorsqu'il ne se livrait pas à la lecture. L'état de la vue ne tarda pas à s'améliorer. Les yeux se fatiguèrent moins vite que par le passé, et leur portée visuelle s'étendit. Quand le malade quitta la salle, à la fin de mars 1848, il voyait avec les verres n° 18, beaucoup mieux qu'il ne voyait précédemment avec le n° 10; le brouillard qui obscurcissait sa vue avait presque entièrement disparu. En un mot, l'amélioration était telle, que le malade se sentait en état de reprendre le travail de sa profession interrompu depuis six mois.

Obs. IV. *Amaurose incomplète datant de cinq mois; traitement par l'emploi du sulfate de soude, par les révulsifs cutanés et par l'usage des verres plans convexes; guérison.* — François Prieur, âgé de trente-six ans, est entré dans la salle de clinique le 2 février 1849. C'est un homme bien constitué, qui n'a jamais fait aucun excès. Il raconte que depuis quatre ou cinq mois sa vue s'affaiblit; il peut à peine lire quelques mots; le jour lui paraît constamment obscur et sa vue est trouble de près comme de loin; les pupilles sont dans un état moyen de dilatation; elles sont peu sensibles à l'action de la lumière; la vision n'est pas plus affaiblie d'un côté que de l'autre. Il n'y a pas d'altération appréciable dans les parties constituantes de l'œil. Le malade, qui exerce la profession de pêcheur, a été exposé souvent à l'action de l'humidité. Il attribue à cette cause l'état de ses yeux; car c'est après avoir été mouillé par la pluie pendant toute une journé, qu'il s'aperçut de l'affaiblissement de sa vue. Il éprouva en même temps du mal de tête. Ce dernier symptôme se dissipa spontanément, mais l'amblyopie s'accrut progressivement et rendit tout travail impossible.

Le traitement auquel je soumis ce malade consista dans l'usage quotidien des bains de pieds de lessive, dans l'emploi du sulfate de soude, suivant la règle indiquée précédemment, et dans l'exercice des yeux à l'aide des lunettes à verres plans convexes.

Le 6 février, on donna les verres n° 14; c'étaient ceux qui parurent convenir le mieux à l'état de la vue des deux yeux. Le malade put lire, dès le premier jour, plus d'une page. On passa successivement aux n°s 15, 22, 28, 30, 36, 38, 40; ce dernier numéro fut atteint le 24 mars. La rapidité avec laquelle l'amélioration se produisait avait permis de franchir plusieurs numéros et de changer les verres tous les six à sept jours. Dès la fin de février, la lecture était possible à l'œil nu; mais la vue était néanmoins beaucoup moins nette qu'avec le secours des lunettes. Le malade, désireux de guérir et ayant la conscience de l'amélioration progressive de la vue, se livrait à la lecture avec une

ardeur qu'il fallut plus d'une fois modérer, à raison de la fatigue des yeux et surtout de la céphalalgie que cet exercice trop assidu occasionnait. En effet, au lieu de lire pendant deux ou trois heures, au plus, par séance de vingt minutes, notre homme lisait pendant six à sept heures chaque jour.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'il quitta l'Hôtel-Dieu, le 28 mars 1849, après huit semaines de traitement, il était dans un état très-satisfaisant; il pouvait lire sans lunettes, à une distance de 25 centimètres, des caractères d'imprimerie de moyenne dimension : sa vue, en un mot, lui paraissait complètement revenue.

L'emploi du sulfate de soude avait été continué pendant toute la durée du traitement.

Ce cas est celui dans lequel nous avons obtenu le succès le plus rapide et le plus complet. La maladie n'était pas très-ancienne, il est vrai ; le malade était bien constitué et sa santé était bonne. Tout en tenant compte des conditions favorables, on ne peut s'empêcher d'admettre que l'usage des lunettes n'ait été ici d'une grande utilité, et de reconnaître que la guérison n'aurait pas été obtenue d'une manière aussi prompte par l'emploi seul du sulfate de soude et des bains de pieds sinapisés. Quelle que soit d'ailleurs l'opinion que l'on se forme à cet égard, on ne saurait nier que des faits semblables ne soient de nature à appeler l'attention sur la méthode dont nous exposons les résultats et à en reconnaître l'explication.

Depuis que ces faits ont été recueillis, j'ai observé un assez grand nombre de malades, et, dans le mélange d'insuccès, d'améliorations et de réussites dont j'ai été le témoin, j'ai vu la confirmation des idées générales que j'exposais plus haut sur les espérances qu'on peut concevoir en tenant compte du degré d'affaiblissement de la vue, et de la gravité des causes productrices et des lésions concomitantes. L'amaurose reste toujours habituellement incurable, et l'amblyopie très-difficile à guérir. Mais au milieu des obstacles qu'opposent ces affections à nos moyens curatifs, les exercices avec ces lunettes n'en doivent pas moins tenir une place importante dans la thérapeutique. En ignorer l'existence ou en méconnaître l'utilité, c'est se priver d'une ressource précieuse : je serais heureux, si cet écrit pouvait contribuer à les répandre dans la pratique et à provoquer des recherches que nécessite encore leur étude approfondie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des fistules vésico-vaginales par des opérations non sanglantes. — Quatre observations de fistules, guéries par la cautérisation avec le fer rouge ou la galvano-caustique.

Les bons effets obtenus avec la cautérisation dans le traitement des fistules urinaires, qui se manifestent si souvent à la suite des opérations de lithotomie chez l'homme, devaient conduire les chi-

rurgiens qui en étaient témoins à tenter l'application de cette méthode thérapeutique aux solutions de continuité de la paroi vésico-vaginale.

Les conditions anatomo-pathologiques des fistules diffèrent, il est vrai, lorsqu'on les observe dans les deux sexes. Chez la femme, contrairement à ce qui a lieu chez l'homme, la lésion n'est pas constituée par un long trajet sinueux, le peu d'épaisseur de la cloison vésico-vaginale s'y oppose; elle présente une simple solution de continuité, à trajet direct, mais le plus souvent avec une perte de substance.

Toutefois si le rapprochement semble pécher en justesse d'expression au point de vue de la configuration de la lésion, il n'en est plus de même lorsqu'on considère ses résultats, puisque dans les deux cas il y a déviation du cours des urines de leur voie normale, le canal de l'urètre. Il en est de même quant aux indications du traitement, la marche de la cicatrisation spontanée, ainsi que l'écoulement continuel ou intermittent des urines, finissant par modifier les bords de la solution de continuité, chez l'un et l'autre sexe. En même temps que l'on cherche à rétablir le cours normal du liquide, il importe de développer un certain degré d'inflammation de la couche de tissu qui tapisse le trajet de la perte de substance, afin d'obtenir l'adhésion consécutive des bords de la fistule.

L'étendue plus grande de la lésion chez la femme, son existence fréquente aux dépens du corps même de la vessie, sa situation au fond d'un canal profond et rendu plus étroit par l'inflammation de ses parois, provoquée par l'écoulement incessant des urines, constituent des difficultés considérables pour la mise en œuvre des procédés curatifs. On conçoit qu'un grand nombre d'auteurs, tenant compte seulement de ces circonstances, aient pu nier la valeur thérapeutique de chacun de ces procédés; ceux même qui, avant d'aborder leur sujet, ont la bonne habitude de chercher dans les observations publiées les preuves de l'efficacité des méthodes qu'ils ont à apprécier, ont pu également, en face des faits incomplets inscrits dans les annales de l'art, formuler le même jugement. Ainsi, en ce qui touche la cautérisation, sujet de cet article, on ne saurait accepter comme témoignage de sa valeur les observations tronquées et incomplètes que Paillard a empruntées à la clinique de Dupuytren. Toutefois, n'y eût-il que les deux exemples de guérison fournis depuis par les professeurs Delpech et Chélins, on ne serait pas encore autorisé à contester la portée thérapeutique de la cautérisation, comme traitement des fistules vésico-vaginales. Nous montrerons

plus loin que ces cures ne sont pas les seules obtenues, car les archives de la science présentent aussi des lacunes que nous sommes heureux de combler à l'aide de faits empruntés à la pratique courante.

Le peu de foi que la plupart des auteurs classiques ont eu dans la méthode de la cautérisation a fait qu'aucun d'eux n'a encore cherché à tracer les règles spéciales qui doivent présider à la mise en œuvre de ce mode de traitement. L'époque à laquelle on peut tenter la première cautérisation des bords de l'ouverture fistuleuse, la manière dont elle doit être pratiquée, l'intervalle qu'on doit laisser entre chacune de ces opérations, rien n'a été dit à cet égard. C'est à peine si les auteurs se sont occupés du choix à faire parmi les nombreux agents caustiques.

Une question non moins importante à résoudre est l'influence que l'état puerpéral exerce sur la marche de la cicatrisation des solutions de continuité de la paroi vésico-vaginale. Nous sommes étonné qu'aucun des nombreux auteurs qui ont abordé l'étude de ces lésions n'ait encore pensé à apprécier cette influence.

De toutes les causes de fistules vésico-vaginales, la plus fréquente est, sans contredit, le traumatisme exercé, soit par la pression de la tête ou d'une autre partie de l'enfant, soit par les instruments employés pour terminer un accouchement laborieux. De là deux éléments dans la question; la nature de la plaie, les circonstances spéciales dans lesquelles sa cicatrisation doit s'effectuer. Quelle est la valeur de chacun d'eux?

Nous sommes habitués à considérer l'état puerpéral comme une complication pathologique fâcheuse; *à priori*, on serait donc porté à en juger de même à l'égard de la marche de la cicatrisation des plaies contuses qui se produisent à la suite des accouchements laborieux. L'observation clinique vient prouver le contraire. Rappelons d'abord les exemples incontestables de guérisons spontanées de fistules vésico-vaginales; mais en voici une preuve moins contestable à cause de la rapidité des faits.

Parmi les causes de dystocie figurent la présence d'un calcul dans la vessie; or, pendant la durée du travail de la parturition un seul procédé opératoire est possible: l'incision de la paroi vésico-vaginale. L'expérience des accoucheurs a démontré que rien n'est plus rare que la production d'une fistule à la suite de la lithotomie vaginale pratiquée pendant le travail de l'accouchement. Ce procédé opératoire, que les accoucheurs ont été contraints à adopter par nécessité, les chirurgiens ont été conduits à en tenter l'essai par la simplicité de la manœuvre. Aujourd'hui, d'assez nombreuses obser-

vations disséminées dans les journaux montrent que les suites de cette même opération sont opposées dans les deux cas. Lorsque la lithotomie vaginale est pratiquée pendant le travail, la réunion par première intention de la plaie est la règle; si elle est pratiquée après l'évacuation de l'utérus, la cicatrisation immédiate et complète de la plaie de la paroi vésico-vaginale est l'exception. La fréquence de la production des fistules, à la suite de ce procédé de taille, est si grande, que les chirurgiens ont dû y renoncer, du moins tel qu'il avait été formulé, c'est-à-dire en pratiquant l'incision suivant l'axe du vagin. Récemment encore, nous avons été témoin de la différence de ce résultat. M. Monod, en l'absence de M. Danyau, est appelé à la Maternité pour pratiquer la lithotomie sur une femme dont le travail de l'enfantement était enrayé par la présence d'un énorme calcul vésical. Il l'opère par la taille vaginale, et la réunion de la plaie se fait si rapidement que le séjour de la femme dans l'hôpital n'en est pas prolongé [1]. Peu de temps après, M. Michon, incité par le succès rapide obtenu par son collègue, répète la même opération sur une femme non enceinte, placée dans son service. Quoique cette malade fût plus jeune, d'une meilleure constitution, le calcul moins volumineux, ce qui permit par conséquent de faire une incision plus petite, ainsi que trop souvent cela arrive, une fistule eut lieu. L'expérience clinique prouve donc, d'une manière incontestable, que l'état puerpéral est une condition qui favorise la cicatrisation des plaies de la cloison vésico-vaginale.

Quelle est la cause de cette réunion si rapide de ces plaies lorsqu'elles sont produites à la suite d'accouchements même fort laborieux? Cette influence est-elle due aux conditions générales de l'organisme, à cet état fébrile, conséquence du traumatisme de l'utérus? Ou mieux, cette tendance n'est-elle pas le résultat des modifications locales subies par les parties, siége de la lésion?

On connaît le développement remarquable que le tissu de l'utérus éprouve pendant la durée de la gestation; cette action ne s'épuise pas dans l'utérus. Si on examine avec attention la trame organique du vagin, à l'époque de l'accouchement, on demeurera convaincu qu'il a participé à ce mouvement. L'élément musculaire y est plus développé, afin de pouvoir se prêter à l'énorme ampliation que doit subir ce canal. Mais c'est surtout dans la richesse de la vascularisation des parois du vagin qu'on en trouvera la preuve.

---

(1) Nous publions cette observation au Bulletin des hôpitaux de ce numéro, p. 373.

Ainsi, sans nier une influence générale de l'état puerpéral, c'est principalement aux modifications de vitalité des tissus du vagin qu'il faut rapporter cette tendance si remarquable des solutions de continuité à se réunir par première intention, lorsqu'elles ont été produites par un instrument tranchant.

Dans les cas plus fréquents où la plaie succède à la contusion prolongée de la paroi vésico-vaginale, cette influence se manifeste d'une manière beaucoup moins tranchée. L'attrition subie par les parties est alors assez considérable pour que, non-seulement ce degré de vitalité supplémentaire développée pendant la gestation, mais encore la trame organique des tissus soit détruite. A la suite de l'élimination des parties escarrifiées, une perte de substance se produit, et les lèvres de la solution de continuité demeurant à distance l'une de l'autre; les phénomènes de la cicatrisation spontanée s'exercent sur ces lèvres, qui se cicatrisent isolément. On comprend que dès ce moment la clôture de la brèche, par les efforts spontanés de la nature, n'est plus possible; le tissu de cicatrice qui revêt les bords de l'ouverture de la fistule forme à l'adhésion un obstacle dont la nature ne peut triompher.

Cependant cette grande loi de l'économie vivante, la cicatrisation spontanée, est tellement puissante, que la marche de la réparation n'en est pas complétement enrayée pour cela. Ne pouvant triompher de la lésion par l'adhésion consécutive de ses bords, la nature tend au rétablissement de la continuité de la paroi du vagin par une sorte de froncement de l'ouverture. La brèche se rétrécit progressivement, et sous l'influence de la rétraction du tissu cicatriciel ses bords finissent quelquefois par être amenés au contact. Mais là finit, le plus souvent, le rôle de la spontanéité de l'organisme; malgré la contiguïté des bords, leur adhésion n'est possible qu'autant que l'art vient détruire la couche du tissu qui s'oppose à leur réunion.

Le chirurgien doit-il attendre ce moment éloigné pour agir ? Non, s'il veut triompher de la lésion par des opérations non sanglantes; car sous l'influence de la longue durée de ce travail et de l'écoulement incessant de l'urine, cette couche du tissu cicatriciel devient tellement dense, épaisse, qu'elle ne peut être modifiée, et qu'il faut qu'elle soit enlevée par l'instrument tranchant.

Pour légitimer l'intervention de la thérapeutique, il suffit de démontrer que les moyens qu'elle met en œuvre agissent dans le sens de la nature; or, dans l'espèce, si l'on réfléchit que les effets consécutifs de la cautérisation ont également pour résultat de rétrécir les dimensions des ouvertures fistuleuses, but des efforts spontanés de

l'organisme, l'emploi de la méthode se trouvera justifié. Mais la cautérisation fait plus encore, car en concourant à un but identique, la rétraction des tissus, seule elle peut détruire les obstacles qui s'opposent à l'adhésion des bords de la solution de continuité, mode de réparation des plaies le plus général.

A quelle époque peut-on pratiquer la première cautérisation? Dans les plaies qui succèdent à la contusion, cas le plus grave et que nous continuerons à prendre pour exemple, la tendance à la guérison se manifeste seulement alors que les parties escarrifiées ont été éliminées et que la solution de continuité se trouve ramenée à l'état simple, c'est-à-dire que l'altération plus ou moins profonde subie par les tissus qui constituent les bords de la fistule se trouve dissipée. Cette première époque du travail de la cicatrisation réclame un temps qui varie selon l'étendue de la plaie, la violence du traumatisme et même les conditions générales de la santé, l'âge, etc., des malades. Mais même alors que la marche de la cicatrisation spontanée n'obéit pas aux lois ordinaires de l'organisme, l'état puerpéral vient y ajouter un élément fortuit de succès. Il est douteux que cette première période mette plus d'un mois à parcourir toutes ses phases; on voit donc par là que l'art peut intervenir beaucoup plus tôt qu'on ne pense. L'examen direct des parties ne laissera aucun doute sur le moment opportun d'agir.

Quant au choix du caustique, l'expérience a prononcé, et deux agents seulement sont conservés dans la pratique : le nitrate d'argent et le cautère actuel. L'innocuité du sel d'argent, le peu de douleur qu'il provoque et surtout son maniement plus facile, expliquent le choix qu'en font tous les chirurgiens pour pratiquer leur première cautérisation. Dans les cas où les bords de la solution de continuité sont contigus l'un à l'autre, et où il suffit d'entamer la couche superficielle des tissus pour permettre leur adhésion consécutive, l'emploi du nitrate d'argent peut être suivi de succès.

Les exemples de guérison de fistules vésico-vaginales menées à bonne fin par l'emploi exclusif de ce caustique sont peu nombreux. Je ne connais même que le fait publié par le professeur Chélius, d'Heidelberg. Les trente-sept cautérisations qui ont été nécessaires et la longue durée du traitement, qui n'a pas été moindre de dix mois, ne sont pas un encouragement pour s'en tenir à ce seul agent. Toutefois comme l'escarre qu'il détermine est toujours peu profonde, la réaction inflammatoire peu intense, et que la plaie qui en résulte se cicatrise promptement, le nitrate d'argent restera au nombre des agents thérapeutiques à opposer aux fistules récentes.

Dans le mode d'action des caustiques, le plus grand nombre des auteurs ont considéré seulement les effets primitifs, l'avivement des parties. Aussi leur confiance en cette méthode est nulle, lorsqu'il existe une perte de substance. « Quand vous avez fait une escarre aux deux lèvres de la solution de continuité, dit Vidal, ce sont des parties mortes qui se touchent mutuellement ; quand l'escarre tombe, le gonflement tombe aussi, et les bords enflammés qui se trouvent sous l'escarre se trouvent plus éloignés que jamais. *Aussi point de guérison par la cautérisation seule.* » Ce passage renferme une juste critique de la manière dont on pratique les cautérisations, mais le jugement qu'il formule quant à la valeur de la méthode est erroné, les faits que nous publions plus loin le démontrent.

Delpech est le chirurgien qui a le mieux compris la valeur des effets consécutifs de la cautérisation : la production d'un tissu inodulaire qui détermine le rapprochement des bords de la fistule, de la même manière que les cicatrices suite de brûlure amènent les coarctations des ouvertures naturelles, la bouche, l'anus. Seulement, dans l'observation qu'il a fournie à l'appui de sa théorie, et dont nous publions plus loin une analyse étendue, nous montrerons que le professeur de Montpellier a imité les procédés de Dupuytren, c'est-à-dire, n'a fait appel qu'aux effets primitifs de la cautérisation. La rapidité de la guérison de sa malade en est une preuve nouvelle. Ce n'est pas que nous contestions la valeur des remarques de Delpech quant aux effets rétractiles du tissu inodulaire : elles expriment un fait réel, incontestable, dont le sagace chirurgien a saisi toute la portée, mais auquel il n'a pas su conformer sa pratique.

Nous avons fait voir, en exposant la marche des phénomènes de la cicatrisation spontanée, qu'elle procède de la même manière, c'est-à-dire que la réparation se fait d'abord par l'adhésion des bords de la plaie, puis, lorsque celle-ci n'est plus possible, par rétraction de l'ouverture fistuleuse. Ces faits prouvent donc que dans les cas de solutions de continuité avec perte de substance, si le chirurgien veut obtenir de la cautérisation tout ce qu'elle peut donner, l'adhésion secondaire de ses bords et la rétraction consécutive de son ouverture, il doit avoir recours à l'agent le plus puissant, et mettre en œuvre le fer rouge.

Ces considérations sur le mode d'action des caustiques étaient nécessaires pour faire comprendre le meilleur mode à suivre pour pratiquer la cautérisation des fistules d'une certaine étendue.

Quant à celles qui consistent en un simple pertuis, l'action du

nitrate d'argent peut suffire. La situation profonde de la petite plaie du vagin, sa direction perpendiculaire à l'axe du canal, ont conduit les chirurgiens à créer des instruments spéciaux, afin de permettre au caustique d'atteindre la lésion dans toute son étendue. La pince à pansement peut les suppléer au besoin. M. Charrière a fait subir au porte-nitrate une modification qui permet de diriger le caustique dans toutes les directions.

Aussitôt qu'on a terminé cette petite opération, on doit pratiquer une injection d'eau afin d'enlever les quelques parcelles de caustique restées sur les bords de la fistule et de mettre à l'abri de leur action les points correspondants de la paroi postérieure du vagin.

La cautérisation avec le fer rouge exige plus de précautions ; la rapidité de son action, son degré d'énergie, réclament certains soins. Afin de mieux protéger le stissus environnants et ne laisser que la fistule à découvert, Dupuytren se servait d'un spéculum plein, percé d'une ouverture à sa paroi supérieure. L'instrument porté dans le vagin de manière à mettre la solution de continuité à nu, il pratiquait la cautérisation avec un cautère soit en forme de haricot, soit conique, suivant la configuration de la fistule. La forme et le volume de ses instruments montre que ce chirurgien comptait principalement sur les effets primitifs de la cautérisation. Il est vrai qu'il ne tentait de traiter ainsi que les fistules d'assez petites dimensions.

La durée de l'action du fer rouge doit être proportionnée au degré d'induration des bords de la lésion. Parmi les causes qui s'opposent à la cicatrisation rapide des plaies, notons une inflammation locale trop vive ; mieux vaudrait donc reporter deux et trois fois de suite l'instrument, que de s'exposer à produire d'emblée une cautérisation trop considérable. Il faut se rappeler encore que l'action du fer rouge s'étend au delà du point où le métal a pénétré ; aussi ne faut-il jamais intéresser une trop grande profondeur de tissu de la cloison vésico-vaginale.

M. Velpeau, dans son Traité de médecine opératoire, dit que Delpech a donné le conseil d'agir principalement sur la portion vaginale de la fistule, afin de ménager la déperdition de substance de l'ouverture vésicale, tout en mettant en jeu la force de coarctation du tissu cicatriciel. Cette remarque, dont on a contesté la justesse, nous paraît fort importante. En suivant cette pratique, on ne

court jamais le risque d'aggraver l'état de la maladie; mais cet enseignement appartient en propre à M. Velpeau, puisque le chirurgien de Montpellier cautérisait toute l'étendue du trajet de la fistule.

Une recommandation qui n'a pas une moindre valeur est celle de toujours attaquer la solution de continuité par l'un de ses angles. Vidal, dans le passage que nous avons reproduit, a signalé le danger des cautérisations qui portent sur tout le pourtour des ouvertures fistuleuses. Lors de la chute des escarres, les bords sont effectivement avivés, mais comme ils restent éloignés l'un de l'autre, leur adhésion ne saurait avoir lieu; c'est donc une perte de substance nouvelle qu'on a infligée à la malade.

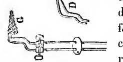
En traitant des sutures, nous examinerons si l'art dispose de moyens capables d'amener au contact ces bords ainsi avivés, et si l'on peut combiner, avec quelque chance de succès, l'emploi des deux moyens. Ici nous voulons nous borner à l'étude du traitement des fistules par les seules ressources de la cautérisation. Or, pour arriver sûrement à la guérison par cette méthode, le mieux est de se borner à agir sur un des angles de la fistule. Les deux bords y sont contigus; aussi dès que leur avivement est produit, leur adhésion a lieu.

En définitive, il s'agit d'appliquer aux fistules vésico-vaginales la méthode que M. J. Cloquet a employée avec succès dans les divisions anormales du voile du palais. « La méthode que je propose, dit-il, consiste à appliquer le cautère uniquement à l'*angle de la division, dans une étendue restreinte*, à laisser la rétraction du tissu cicatriciel s'opérer, puis à pratiquer une nouvelle cautérisation semblable et à attendre encore pour recommencer ensuite, de manière à ramener peu à peu les parties divisées les unes vers les autres et à les réunir par une suite de cautérisations qu'on peut considérer comme autant de points de suture successifs. On a ainsi le double avantage de pouvoir surveiller incessamment les résultats du traitement et d'obtenir les réunions les plus difficiles par une opération simple, à peine douloureuse, et exempte de toute espèce de dangers (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVIII, p. 202). Les six cas de guérisons de divisions du voile du palais, celui de rupture de la cloison recto-vaginale, obtenues par M. Cloquet, suffisent pour appeler l'attention des praticiens sur la valeur de ce mode de cautérisation, et pour les engager à l'appliquer aux fistules vésico-vaginales.

Le plus grand obstacle à la vulgarisation de la méthode a été jusqu'ici la difficulté de faire manœuvrer le cautère actuel dans un

canal aussi étroit que le vagin. Heureusement la physique, en nous permettant de chauffer la partie cautérisante de l'instrument à l'aide d'un courant électrique, est venue lever toute difficulté. Désormais le chirurgien pourra employer tout le temps qui lui sera nécessaire pour porter le cautère au point de l'ouverture sur lequel il doit agir.

M. Nélaton, dans le premier essai de cautérisation électrique qu'il a tenté en 1850, s'est servi d'une anse métallique D; afin d'obtenir une action plus étendue de ce mode d'ustion, j'ai prié M. Charrière de me faire confectionner un cautère de forme conique C, au moyen d'un fil de platine enroulé en spirale. De cette façon, on peut avec le même instrument cautériser tout le trajet de la solution de continuité, ou seulement un de ses angles, selon les indications. Le volume assez considérable du cautère fait que, lorsque sa température est portée au rouge blanc, il projette une vive clarté à l'intérieur du spéculum, et laisse voir le point sur lequel doit porter l'opération; aussi agit-on avec une plus grande précision que par l'ancien procédé.



Du reste, la galvano-caustique est devenue, en ces dernières années, entre les mains d'un habile chirurgien de Breslau, M. Middeldorff, une méthode régulière digne de prendre place parmi les innovations utiles de la science moderne : aussi nous proposons-nous d'en exposer les procédés et les résultats dans une de nos prochaines livraisons. *(La fin au prochain numéro.)*

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur l'extrait de Saturne de Goulard,

par le docteur Despiney (¹).

On trouve, dans les pharmacopées anciennes, des descriptions qui ont assez de rapport avec l'extrait de Saturne; cependant on peut dire que c'est à Goulard qu'on doit l'introduction définitive de cette préparation de plomb dans la pratique chirurgicale.

Son Traité sur les effets des préparations de plomb et principalement de l'extrait de Saturne employé sous différentes formes, etc. (1760), n'est presque qu'un recueil d'observations; mais Goulard

(¹) Extrait de la Gazette médicale de Lyon.

rapporte un si grand nombre de cures remarquables, obtenues par lui ou les chirurgiens de son temps, qu'on ne manquerait pas de le taxer d'exagération si l'on ignorait un fait intéressant sur lequel je viens appeler l'attention.

Notre extrait de Saturne actuel n'est plus le même que l'extrait de Saturne de Goulard; il paraît avoir la même composition chimique, mais, bien certainement, son efficacité est moindre.

Voici le mode de préparation donné par Goulard; je cite textuellement :

Composition de l'extrait de Saturne.

« Prenez autant de livres de litharge d'or que de pintes de vinaigre, mettez le tout ensemble dans un chaudron et faites-le bouillir pendant une heure ou cinq quarts d'heure en remuant toujours avec une spatule de bois; ôtez ensuite le chaudron du feu, laissez reposer la matière et videz par inclination la liqueur, qui surnagera le marc et qu'on gardera dans un ou plusieurs flacons pour s'en servir dans le besoin. »

Goulard fait observer que le vinaigre employé doit être rouge, naturel et aussi fort que possible. On trouve, dans Baumé, ce mode de préparation décrit avec plus de détails, mais déjà un peu altéré. Puis, à je ne sais quelle époque, on arrive à préparer l'extrait de Saturne avec l'acétate de plomb cristallisé, la litharge et l'eau distillée. On a notre sous-acétate de plomb liquide.

J'ai eu l'occasion d'employer le véritable extrait de Saturne de Goulard, qu'on trouvait encore, il y a une dizaine d'années, dans quelques vieilles officines du midi de la France : j'ai été émerveillé de ses effets.

M. Savoye, pharmacien à Lyon, a eu l'obligeance de préparer cet extrait et de me remettre, à ce sujet, la note suivante :

Préparation de l'extrait de Goulard.

Litharge pulv. (protoxyde de plomb)	1
Bon vinaigre rouge	4

« On met la litharge et le vinaigre dans une bassine d'argent ou dans une capsule de porcelaine, on place le vase sur le feu et on fait bouillir ce mélange, en l'agitant continuellement avec une spatule de bois, jusqu'à ce que le vinaigre soit saturé de litharge (ce que l'on reconnaît lorsqu'on aperçoit une pellicule se former à la surface du liquide); alors on filtre la liqueur et on la fait évaporer jusqu'à ce qu'elle marque 40 degrés au pèse-sels de Baumé.

« On obtient un liquide rougeâtre, d'une teinte plus ou moins

foncée, selon le vinaigre employé, d'une consistance sirupeuse, laissant, par le refroidissement, déposer des cristaux d'acétate de plomb; il marque 40 pour 100 bouillant, et 48 à 49 froid. Cette formule, donnée par Baumé, est plus rationnelle que celle de Goulard, qui ne prescrit que deux parties de vinaigre sur une de litharge; après avoir essayé l'une et l'autre plusieurs fois, je m'en suis tenu à celle ci-dessus.

« Quant à une différence entre le sous-acétate de plomb liquide de nos pharmacopées et l'extrait de Goulard [1], il n'en existe pas, si ce n'est dans la couleur et la densité; leur composition chimique est la même; leur mélange avec l'eau offre à peu près les mêmes phénomènes; cependant l'extrait de Goulard se maintient plus longtemps en suspension. Le cérat de Galien absorbe environ 83 pour 100 d'extrait de Goulard, et 110 pour 100 de sous-acétate de plomb liquide.

« Depuis quelque temps, je prépare mon cérat saturné avec l'extrait de Goulard, dans les proportions données par le Codex pour le cérat avec le sous-acétate de plomb liquide (cérat 32, extrait de Goulard 4); j'ai remarqué que le mélange restait plus homogène, donnait de meilleurs résultats et surtout rancissait moins vite.

« Après le cérat de Goulard, vient tout naturellement se placer un succédané, le glycérolé de sous-acétate de plomb liquide, ou plus simplement glycérolé de Saturne. En effet, la glycérine, produit encore nouveau, me paraît très-convenable, comme véhicule, dans l'emploi du sous-acétate de plomb liquide; son mélange avec l'extrait de Goulard se fait parfaitement bien et sans le secours du mortier. Si son application sur les plaies n'offre pas d'inconvénient, je crois la glycérine préférable au cérat, qui, comme je l'ai dit plus haut, rancit très-vite. »

Avec l'extrait de Goulard, j'ai vu guérir, très-rapidement, des kératites avec opacité énorme de la cornée, des pustules, des ulcérations, que le nitrate d'argent avait été impuissant à modifier. Les malades se bornaient à prendre, d'après la méthode ancienne, des bains d'yeux, quinze ou vingt fois par jour, dans de l'eau végéto-minérale assez faible pour ne causer presque aucune douleur.

Je donne, comme une formule d'une efficacité certaine, l'injection urétrale suivante, dont un pharmacien du midi faisait un secret.

Prenez une solution de sulfate de zinc dans de l'eau de rose (0,10 c. pour 30 grammes environ), et fortement laudanisée.

---

[1] J'ai conservé cette dénomination pour distinguer les deux produits.

Remplissez de ce liquide la seringue à injection et ajoutez, au moment de vous en servir, une ou deux gouttes d'extrait de Goulard.

Les blennorrhagies les plus anciennes et les plus rebelles sont ordinairement arrêtées en deux ou trois jours; seulement il faut avoir soin de faire au moins quinze à vingt injections par jour, et de continuer des injections de précaution à la dose de cinq à six, pendant quinze ou vingt jours et plus, pour éviter toute récidive.

On guérit aussi rapidement les ulcères, par exemple, ceux du sacrum, en les touchant de temps en temps avec l'extrait de Saturne pur, ce qui produit une espèce de cautérisation, et les pansant avec le cérat saturné.

Au risque de trop allonger cette simple note, je rappellerai encore deux formules qu'employait Goulard, parce que je ne les ai trouvées que fort défigurées dans nos formulaires; les succès qu'il en obtenait sont tels qu'elles méritent d'être conservées.

Il s'agit de la pommade fondante contre les ankyloses et des peaux de Saturne. Je cite textuellement :

Pommade fondante contre les ankyloses.

« Pour fondre l'épaississement de la synovie dans les articulations et dans les gaînes des tendons, pour guérir les plaies au voisinage des articulations, je fais une pommade dont l'effet a souvent étonné les gens de l'art. En voici la composition :

« Prenez deux pintes d'eau commune qu'on mettra dans un pot de terre vernissé, ajoutez 2 onces d'extrait de Saturne et 18 onces de savon ordinaire coupé par tranches et qu'on jettera dans le pot; mettez le tout sur un feu modéré; vous remuerez toujours la matière avec une spatule jusqu'à ce que le savon soit fondu, vous ajouterez alors un gros de camphre, et, lorsqu'il sera fondu, vous retirerez le pot du feu et vous vous servirez de cette pommade de la manière suivante :

« Prenez de la liqueur végéto-minérale qu'on fera chauffer jusqu'à ce qu'elle soit plus que tiède, mettez-la ensuite dans un vase convenable à la partie affectée, qu'on fera tremper pendant un quart d'heure en la frottant avec la main; outre les bains, on peut encore faire tomber cette liqueur en manière de douche sur la partie affectée; après le bain et la douche, on couvre la partie d'un linge chaud et une heure après on la découvre pour appliquer la pommade dont on fait une onction, telle à peu près qu'on la fait avec l'onguent mercuriel; ensuite on a du papier qu'on froisse entre les mains et dont on couvre la partie frottée, et par-dessus on applique un linge

chaud. On renouvelle cette opération une fois le jour et on continue jusqu'à la guérison, qui arrive ordinairement dans quinze ou vingt jours. Il faut avoir soin de ramollir avec l'eau végéto-minérale la pommade qui se sera épaissie dans le pot.

Composition des peaux de Saturne.

« Prenez douze livres de cire qu'on fera fondre dans une bassine; ajoutez trois livres et demie d'huile d'olive, et, lorsque la cire sera fondue et mêlée avec l'huile, vous ajouterez 8 onces d'extrait de Saturne qu'on fera couler doucement en remuant toujours avec une spatule. Lorsque le mélange est fait, ajoutez deux gros de camphre en remuant toujours jusqu'à ce qu'il soit fondu ; tirez alors la bassine du feu, trempez des toiles médiocrement fines, etc., etc. »

Au nombre des guérisons curieuses opérées par Goulard au moyen de son onguent, employé de la manière qu'il indique, et de ses peaux de Saturne, on peut citer deux cas de coxalgie avec luxation de la tête du fémur, et raccourcissement du membre, guéris en peu de temps. L'un datait de quinze ans.

Une religieuse de Gènes fut aussi guérie d'une rétraction des tendons de la main droite, qui la mettait dans l'impossibilité de s'en servir depuis six ans; et ces cures furent tellement remarquées que les Génois firent offrir à Goulard une forte pension s'il voulait se fixer dans leur ville.

Si, de nos jours, l'extrait de Saturne ne produit plus de cures aussi remarquables, je crois qu'il faut l'attribuer au mode de préparation qui l'a dénaturé complétement.

Conclusion. Il faut revenir au mode de préparation donné par Goulard ou Baumé.

Des moyens à employer pour apprécier les qualités du guano.

L'introduction du guano dans la thérapeutique des maladies de la peau nous engage à consigner ici les moyens que signale M. Ernest Baudrimont pour apprécier les qualités de ce mélange.

En comparant divers échantillons de guanos du Pérou sous le rapport de leurs propriétés physiques et chimiques, nous avons été conduit, dit M. Baudrimont, à établir les règles suivantes destinées à en fixer approximativement la qualité. .

1° *Couleur des guanos.*—La teinte café au lait est ordinairement celle des bons guanos. Trop gris, c'est qu'ils sont terreux. De plus en plus bruns jusqu'à la couleur bistre, c'est que la quantité d'eau y est de plus en plus considérable.

2° *Saveur*. — Plus la saveur des guanos est salée, piquante et caustique, plus ils sont riches en sels ammoniacaux.

3° *Odeur*. — L'odeur des guanos ne peut guère servir comme moyen de comparaison, car elle varie avec leur degré de sécheresse ou d'humidité. Cependant une odeur fortement et franchement ammoniacale est un bon signe.

4° *Consistance*. — Un bon guano est ordinairement onctueux au toucher. Il est en petits grains; souvent même il est pelotonné. S'il est très-riche en urates, les gros pelotons étant rompus en deux fragments offriront une cassure brillante et cristalline. Quand un guano est de qualité médiocre, il est terreux et pulvérulent. Il est de mauvaise qualité s'il renferme beaucoup de pierres et de gravier.

5° *Flamme*. — Une petite pincée d'un bon guano, placée sur une lame mince de platine qu'on fait rougir sur la flamme d'une lampe à alcool, se boursoufle beaucoup, brûle avec une longue flamme et laisse un résidu charbonneux assez volumineux. Les guanos brûlent et se charbonnent d'autant moins qu'ils sont plus pauvres en matière organique.

6° *Essai par la chaux vive*. — Une pincée de guano triturée avec une pincée de chaux vive dégage une odeur ammoniacale d'autant plus prononcée que le guano est plus riche en ammoniaque. Ce mélange répand d'abondantes fumées blanches à l'approche d'un tube en verre imbibé d'acide azotique.

7° *Premier essai par l'acide azotique*. — Une pincée de bon guano mise dans un tube fermé par un bout et additionnée d'un peu d'eau, puis d'acide azotique, ne doit produire qu'une légère effervescence. Celle-ci serait très-prononcée si le guano renfermait beaucoup de carbonate terreux.

8° *Deuxième essai par l'acide azotique*. — Une pincée de bon guano mise dans une capsule en porcelaine, puis arrosée d'un peu d'acide azotique, doit se colorer en rouge vif par l'évaporation au bain-marie. Le résidu, imbibé d'un peu d'ammoniaque caustique, prend une teinte rouge encore plus foncée sous l'influence de ce réactif. Cette coloration rouge est d'autant plus intense que le guano renferme plus d'acide urique.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation d'un corps étranger introduit dans l'urètre et extrait avec succès, après un séjour d'un mois dans ce canal.

Voudriez-vous porter à la connaissance des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* un fait qui m'a paru intéressant?

Il s'est présenté, au mois de juin dernier, dans mon cabinet, une jeune fille âgée de vingt-trois ans, d'une belle et forte constitution, qui, sans trop de détours, me pria de la débarrasser d'un étui à aiguilles qu'elle avait introduit dans le canal de l'urètre.

Le corps étranger était engagé très-profondément. L'œil ne distinguait rien à l'orifice externe, qui était d'un rouge vif comme dans les urétrites; mais le doigt, introduit dans le vagin, permettait de sentir l'objet dans toute l'étendue du canal, qui était fort sensible, surtout dans sa partie la plus profonde, vers le col de la vessie.

La malade racontait que cet étui était engagé ainsi depuis quarante jours, époque à laquelle elle avait commencé à élever des vers à soie dans une campagne éloignée. Elle n'avait pu avoir un seul instant de liberté pour réclamer des secours. Tous ses efforts, mille fois répétés pour se débarrasser, avaient été vains. Pendant ce long mois, c'étaient des insomnies continuelles et des besoins incessants d'uriner, avec souffrances cruelles pour l'émission.

Il y avait en effet rétention mécanique d'urine par la présence du corps étranger, qui bouchait le canal dans toute son étendue. L'urine ne sortait que par regorgement ou avec des efforts inouïs. Une éruption urticaire couvrait tout le corps et occasionnait des démangeaisons insupportables, qui étaient pour la malade une cause de tourments aussi forte au moins que celle produite par le corps étranger.

Au milieu de toutes ces souffrances, cette malheureuse fille suffisait aux travaux les plus fatigants pour son sexe. Elle cueillait de la feuille sur les mûriers, passait les nuits à soigner les vers, suffisait enfin à un labeur qui éprouve les mieux portantes.

J'ai dit que le doigt, introduit dans le vagin, permettait parfaitement de juger de la présence et de la position de l'objet dans le canal; mais toutes les manœuvres par cette voie, dans le but de l'extraire, ne parvenaient à produire aucun déplacement. Le canal, qui avait été excessivement distendu, s'étant coarcté, semblait avoir

contracté des adhérences avec l'étui et l'accompagnait dans tous les mouvements qu'on cherchait à lui imprimer.

Une sonde introduite dans le canal accusait l'objet à 2 centimètres environ de l'orifice. L'idée de le saisir avec des pinces fut fructueuse. L'étui avait été introduit par sa base et était dégarni de son chapiteau. Il ne fut pas difficile de faire pénétrer un bec de pinces dans l'intérieur de l'étui et l'autre à l'extérieur ; mais ici commencèrent les difficultés. L'étui entraînait avec lui le canal, avec lequel, je l'ai dit, il était comme adhérent. Je n'avais point d'aide et ne pouvais m'en procurer. La malade me suppliait d'opérer seul. Son frère l'attendait à la porte de mon cabinet, et elle voulait lui cacher sa position.

Saisissant fortement de la main gauche les pinces qui tenaient l'étui, je tirai fortement en haut et en dehors, tandis que, avec l'index et le pouce de la main droite, je repoussais en arrière les replis du canal. La manœuvre fut très-douloureuse pour la pauvre fille, qui la supporta avec courage ; mais dès que le bout de l'étui eut paru à l'extérieur de l'orifice, il sembla que l'intérieur du canal s'écorchait, et l'étui sortit en entier, accompagné d'un jet d'urine sanglante très-fétide.

Cet étui avait 7 centimètres de long sur 175 millimètres de diamètre. Il était recouvert sur toute sa surface externe, à l'exception d'un demi-centimètre environ à sa base, d'une concrétion saline de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, qui est sans doute de l'urate de chaux. L'intérieur était vide et ne présentait sur ses parois qu'une légère couche de matière blanche.

L'extrémité inférieure, qui n'était point couverte de concrétion saline, me parut avoir été nettoyée par les contractions du col de la vessie, dans lequel elle devait être engagée.

Cette observation exprime par elle-même :

1° L'élasticité et la dilatabilité du canal chez la femme ;

2° Un exemple de résorption urinaire par suite d'obstacle mécanique, et un tableau intéressant des phénomènes pathogénétiques (éruption) que cette résorption peut produire ;

3° Elle porterait à réfléchir sur les fonctions physiologiques des plaisirs vénériens qui portent les filles qui se livrent à l'onanisme à agir sur le canal de l'urètre autant et plus que sur le vagin. Le voisinage du clitoris serait-il le seul motif de cette préférence? Remarquons néanmoins que la gonorrhée établit son siége autant et plus dans le canal que dans le vagin.

Des faits d introduction de corps étangers dans le canal et même

dans la vessie ne sont pas rares. Sans parler des aiguilles, dont on a plusieurs exemples, M. Pamard a vu dans ces régions un sifflet d'ivoire de 10 centimètres environ. M. Rigal a extrait, en 1810, un étui de la vessie au moyen de la taille vaginale. Les mémoires de l'Académie de chirurgie relatent l'extraction d'un cure-dent, après deux mois de séjour.

A l'exception du fait, rapporté par Patissier dans le grand Dictionnaire des sciences médicales, d'une fille de cinquante ans chez qui fut extrait un calcul du poids de plus d'une once qui s'était formé dans le canal autour d'une épingle double qui y avait été introduite depuis trois ans, je ne connais pas d'exemple de séjour aussi long d'un corps aussi volumineux que celui qu'il m'a été donné d'observer.

COMANDRÉ, D. M.
à Alais (Gard).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie topographique médico-chirurgicale considérée spécialement dans ses applications à la pathologie, à la médecine légale, à l'art obstétrical et à la chirurgie opératoire; par J. E. PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École de médecine de la même ville, chevalier de la Légion d'honneur, etc. Deuxième édition, corrigée, augmentée et en partie refondue.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a cherché l'un des premiers, parmi les organes de la presse médicale, à apprécier la valeur de cet ouvrage lorsque parut la première édition; l'événement et le succès sont venus justifier le jugement favorable que nous en avons porté dès l'abord. Le livre de M. Pétrequin venait, en effet, combler une lacune de la science. Jusqu'à lui, tous les auteurs qui avaient traité de l'anatomie topographique s'étaient bornés, après avoir décrit par région les organes et leurs rapports, à faire ressortir de cet examen les principaux corollaires qu'on pouvait en déduire, surtout au point de vue chirurgical. M. Pétrequin est allé au delà; il a eu l'excellente idée d'agrandir le cadre de ses devanciers, et, franchissant les limites imposées par eux à l'anatomie topographique, il a fait à chaque page d'intéressantes applications à la pathologie médicale, comme à la médecine légale et à l'art obstétrical ; et c'est sans doute à cette heureuse innovation, non moins qu'à la nouvelle méthode qu'il introduisait dans l'exposition de son sujet, à la marche claire et instructive qu'il a adoptée dans ses descriptions, que son traité a dû le succès qu'il a obtenu et a pu conquérir les honneurs de la traduction en plusieurs langues.

L'auteur, jaloux de justifier un tel accueil, n'a pas cessé de travailler à rendre son œuvre plus digne de l'approbation du monde médical. Il est facile de s'assurer qu'il a corrigé son œuvre primitive avec grand soin, qu'il l'a considérablement augmentée, et nous pourrions citer bon nombre de chapitres rédigés à nouveau, ou refaits en grande partie. Cette seconde édition se recommande donc par des modifications importantes, par des additions nombreuses, et surtout par de nouvelles applications pratiques qui nous permettent d'accepter la prétention de l'auteur de nous donner une *édition nouvelle* dans toute la rigueur de l'expression.

Nous n'avons pas à louer de nouveau la méthode introduite par M. Pétrequin dans l'étude de l'anatomie topographique, puisque c'est à cette méthode que l'œuvre du savant chirurgien lyonnais a dû son succès. Après un coup d'œil d'ensemble sur la région qu'il va décrire, l'auteur étudie les tissus et les organes qui la composent, à mesure que le scalpel les met à découvert, c'est-à-dire dans l'ordre le plus naturel. Procédant ainsi du connu à l'inconnu, il nous conduit progressivement des parties les plus accessibles à celles qui sont les plus profondes : de cette manière, le lecteur, initié peu à peu à la topographie, comprend plus facilement la disposition et les rapports de chaque élément anatomique de la région. Puis, chemin faisant, il indique, au fur et à mesure, les corollaires pratiques qui dérivent de ces notions, si bien qu'en rattachant ainsi tout d'abord le précepte médical à la description topographique, il établit entre ces deux choses un lien naturel qui les fixe d'une manière durable dans notre esprit ; ajoutons qu'en entremêlant les considérations pratiques aux faits anatomiques, l'auteur trouve l'inappréciable avantage d'animer, pour ainsi dire, chaque détail graphique et d'éviter cette aridité d'exposition qui, dans la plupart des livres de ce genre, ne tarde pas à fatiguer l'attention et à rebuter l'esprit le mieux disposé. Aussi, par cette heureuse réunion de qualités diverses, ce traité d'anatomie offre-t-il, comme on l'a dit à juste titre (et la chose est assez rare pour être mise en relief), une lecture sans cesse instructive et attachante, qui se laisse quitter à regret et se fait toujours reprendre avec plaisir. Une grande clarté d'exposition, jointe à une concision remarquable de style, explique en outre comment de si nombreux matériaux ont pu, sous la main de l'auteur, être condensés en un seul volume.

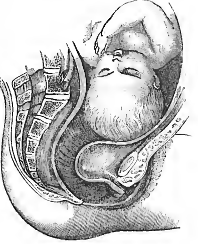
Les praticiens ne risqueront jamais de consulter ce livre sans fruits : l'anatomie topographique, bien comprise, est la base essentielle de la médecine et de la chirurgie ; elle est devenue aujourd'hui

un besoin pour tous; aussi l'auteur dit-il avec raison : « Qui ne sait quelles précieuses ressources cette partie de la science offre au médecin militaire et au chirurgien de marine, comme au praticien isolé des campagnes, forcés, presque toujours, les uns et les autres, d'agir à l'improviste, sans secours étranger et sans conseil. La première édition a déjà rendu quelques services sous ces divers rapports; j'ose espérer que celle-ci ne déméritera pas. » Nous osons nous en porter garant pour l'auteur. M. Pétrequin nous apprend qu'il a consacré quatre hivers entiers à revoir à l'amphithéâtre son traité d'anatomie d'un bout à l'autre, et à contrôler ou à corriger ses descriptions sur la nature; le lecteur trouvera des preuves nombreuses de ce consciencieux travail de révision. Si nous ajoutons que, dans le but d'améliorer son ouvrage, l'auteur a fait disparaître les principaux desiderata, les questions surannées et les développements qui avaient perdu de leur à-propos, nous aurons prouvé déjà que cette seconde édition n'est pas une simple réimpression d'un livre qui a réussi; mais nous devons ajouter que, pendant dix années, l'auteur a pris soin d'extraire de ses lectures, ou de ses recherches, tout ce qui pouvait apporter quelque perfectionnement à son œuvre. Nous voyons encore qu'il a su mettre à profit tout ce que les sciences accessoires, la chimie, la physique, la physiologie présentaient de rapports utiles avec l'anatomie topographique, et qu'il a su en déduire d'importants corollaires pratiques, non-seulement pour le chirurgien et le médecin, mais encore pour le médecin légiste et l'accoucheur.

En présence d'un zèle aussi soutenu et d'une persévérance si louable, on nous permettra de renoncer à quelques critiques de détail que nous aurions pu glaner çà et là, pour applaudir de préférence aux grandes et solides qualités qui distinguent cette publication. Nous pouvons à coup sûr lui prédire un nouveau succès; nous n'avons vu encore aucun livre de ce genre qui présente autant d'intérêt à la lecture. On a dit de la première édition : « Nous ne connaissions pas de traité d'anatomie qui puisse être plus utile au praticien. » Cette appréciation s'applique mieux encore à cette nouvelle édition, qui est appelée à rendre de grands services au docteur comme à l'étudiant, au professeur comme au simple praticien.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Cas de dystocie causée par un calcul vésical.—Taille médiane vaginale. — Application du forceps. — Guérison rapide. — Lorsqu'on considère la position de la vessie, qui est située au-dessous du détroit supérieur du bassin, ainsi que la direction que suit l'enfant, lorsque, sous l'influence des contractions de l'utérus, l'extrémité qu'il présente pénètre dans la cavité pelvienne, on se rend facilement compte de l'entrave que la présence d'un calcul urinaire apporte à la marche de l'accouchement. Cependant lorsque le corps étranger est petit ou très-friable, l'obstacle qu'il présente peut être surmonté par les efforts naturels. Le calcul peut encore être chassé par l'urètre, alors même que son volume semble en exclure la possibilité. Smellie rapporte qu'une malade, assistée par une sage-femme, après un travail pénible et long, rendit par le canal une pierre de la forme et du volume d'un gésier d'oie. Mais on ne doit point compter sur un pareil résultat (1), et, dans ces cas, les accoucheurs sont conduits à pratiquer la taille. Le procédé le plus facile à mettre à exécution, dans ces circonstances, est l'incision de la paroi vésico-vaginale sur le calcul même. Ce qu'il y a de plus remarquable, à la suite de ces opérations, c'est la cicatrisation rapide de la plaie de la vessie, et l'absence de fistule urinaire. Aux deux cas rapportés par Denneman, nous venons en ajouter un troisième.



Obs. La nommée Borde, femme Lucotte, du village des Vertus, près Paris, âgée de quarante-deux ans, d'une forte constitution, avec prédominance du système sanguin, employée dès son jeune âge aux travaux des champs, réglée à quatorze ans régulièrement, mais imparfaitement, commença à éprouver, à l'âge de vingt ans, des douleurs vives dans la région du rein droit; cette dou-

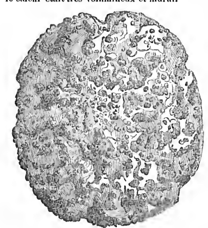
(1) Guillemeau, qui signale le premier exemple de dystocie, causée par la présence d'un calcul dans la vessie, note qu'une fistule fut le résultat de la contusion de la paroi vésico-vaginale.

leur revenait sous forme de crise deux ou trois fois dans la journée pendant un quart d'heure. — Au bout de huit jours, ces crises firent place à une douleur dans la région de la vessie, au moment de l'émission des urines. Plus tard survinrent un ténesme vésical presque permanent, et un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre. L'émission de l'urine devint de plus en plus fréquente et douloureuse.

Dans cet état, vingt-deux ans après le début de la maladie, la femme Lucotte devint enceinte. La grossesse parcourut toutes ses périodes, sans rien offrir de remarquable. La sage-femme de son village, appelée auprès d'elle au moment où les douleurs de l'accouchement se manifestèrent, reconnut dans le bassin une tumeur qui empêchait la tête de l'enfant de descendre, et fit transporter la malade à la maison d'accouchement. C'était le 3 octobre 1849, à six heures du soir.

L'aide sage-femme appelée auprès de la malade reconnut qu'une tumeur dure, inégale, volumineuse, occupait l'excavation pelvienne, derrière et sous la symphyse du pubis ; elle pensa à la présence d'un calcul dans la vessie. L'introduction d'une sonde dans ce réservoir confirma ce diagnostic. En arrière, on sentait l'orifice de l'utérus souple, mince, dilaté de 15 millimètres environ La tête, élevée au-dessus du détroit supérieur, se présentait en première position. Les contractions utérines étaient faibles et éloignées ; les membranes étaient rompues depuis midi. Les battements du cœur du fœtus, forts et réguliers, s'entendaient à gauche et en avant.

MM. Dubois et Danyau étant absents de Paris, M. Monod avait été chargé de les remplacer, et Mme Charrier le fit appeler. Ce chirurgien arrive à minuit. Dans cet intervalle, le travail avait marché fort lentement ; le toucher permettait de constater l'existence de deux tumeurs placées l'une au-dessus de l'autre, en contact, toutes deux fixes. La plus élevée était constituée par la tête du fœtus déprimant la paroi antérieure et inférieure de la matrice et venant s'appuyer sur la seconde, qui était constituée par le calcul enveloppé par la vessie et chassé dans le vagin par la pression de la tête. Il était facile de constater que le calcul était très-volumineux et mural.



Dans cet état de choses, M. Monod pensa, comme Mme Charrier : 1° que le calcul dans cette position était un obstacle insurmontable à l'accouchement ; 2° qu'il était impossible de faire remonter le calcul au-dessus de la symphyse. Il ne restait pas autre chose à faire que d'extraire le corps étranger.

La malade ayant été placée dans la position ordinaire pour l'opération de la taille, et endormie par le chloroforme, M. Monod pratique, au moyen d'un bistouri simple, une incision d'avant en arrière sur la partie saillante de la tumeur constituée par la paroi antérieure du vagin et le bas-fond de la vessie. — Celle-ci était

tellement appliquée sur le calcul, dont les aspérités gênaient, d'ailleurs, le jeu des instruments, qu'il fut impossible de faire usage des tenettes, et ce fut à l'aide des doigts seulement que le chirurgien parvint, après des efforts assez longs et pénibles, à extraire le calcul, dont nous publions ci-contre la figure de grandeur naturelle.

Immédiatement après, le forceps fut appliqué, par Mme Charrier, sur la tête encore contenue dans la matrice, dont l'orifice était souple et facilement dilatable, et l'enfant fut extrait sans difficulté.

C'était un garçon à terme, du poids de 3,000 grammes, asphyxié, mais donnant encore quelques signes de vie; l'insufflation et les autres moyens employés pour rappeler la vie déterminèrent quatre ou cinq inspirations, mais ne purent empêcher la mort.

La délivrance fut naturelle; immédiatement après, il s'écoula un peu de sang fluide; l'utérus se rétracta bien, mais le col resta mou et béant. 2 grammes de seigle ergoté en trois doses amenèrent la rétraction complète de l'organe. L'hémorrhagie cessa. La malade, quoique fatiguée, n'éprouve aucune douleur vive; le pouls est plein, développé, un peu fréquent; la face est colorée. A trois heures du matin, la malade est transportée à l'infirmerie.

4 octobre. A cinq heures du matin, le besoin d'uriner se fait sentir, et l'urine, mêlée de sang, est expulsée en grande partie par le canal de l'urètre, sans douleur. Plusieurs fois, dans la matinée et dans la journée, l'émission de l'urine sans mélange de sang a lieu naturellement.

5 octobre. Bon sommeil pendant la nuit. Émission naturelle des urines. Etat général bon. Diète absolue; gomme sucrée.

6 octobre. Pendant la nuit, céphalalgie, pouls développé et fréquent. Ecoulement lochial normal. Les linges sont imbibés d'urine; cependant l'écoulement par l'urètre a lieu. Saignée de 300 grammes. Diète.

7 octobre Etat général bon. Pas de sécrétion laiteuse; pas de garde-robes. Même phénomène pour l'écoulement de l'urine. Diète; gomme sucrée.

8 octobre. Etat satisfaisant. Deux bouillons.

9 octobre. Même état, sauf un peu de fièvre. Une dose d'huile de ricin amène plusieurs garde-robes.

10 octobre. Moiteur à la peau; pouls légèrement fébrile. Cet état fébrile diminue graduellement; et le 15 octobre on commence à donner des aliments.

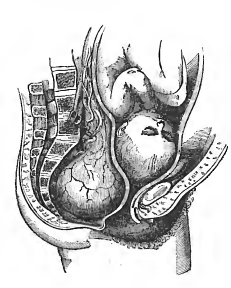
24 octobre. La portion d'urine qui s'écoulait par le vagin avait été en diminuant de jour en jour, et ce matin l'alèze laissée en place pendant toute la nuit est à peine humide ce matin.

M. Danyau avait trouvé, dès le 18 octobre, les lèvres de la plaie rapprochées au point de ne pouvoir constater avec le doigt l'ouverture par laquelle suintait l'urine.

Quelques jours après, la malade sort complétement guérie, et nous avons su depuis que sa cure ne s'était pas démentie.

Les notes que j'ai prises sur la malade de M. Michon ne sont pas assez complètes pour que j'en publie l'observation. Du reste, les faits de taille médiane vaginale chez la femme, hors le temps du travail de l'accouchement, ne manquent pas.

Avortement provoqué par une tumeur stercorale. — Disposition particulière de la muqueuse du rectum a l'intérieur de la tumeur. — Les tumeurs du rectum, de même que celles de la vessie, peuvent entraver la marche de l'accouchement naturel. Les cas en sont plus rares, toutefois ; l'ouverture ample de l'anus explique comment les corps étrangers s'amassent difficilement dans l'ampoule rectale. Même certaines tumeurs développées dans l'intestin, comme les paquets hémorrhoïdaux, sont ordinairement chassées au dehors au moment où la tête vient presser sur le périnée. Les traités classiques d'accouchement ne signalent qu'un fait rapporté par M. Cruveilher, dans lequel l'expulsion du fœtus fut entravée par une tumeur cancéreuse du rectum ; il existe cependant dans la science un cas de dystocie produite par une accumulation de fécès durcis et de noyaux de cerises. Nous croyons devoir le rappeler, car ces tumeurs peuvent offrir une certaine ressemblance avec les cas, beaucoup plus fréquents, de procidence de l'ovaire représentée dans la gravure ci-dessous.



Fournier, dans son article *Cas rares* du dictionnaire en 60 volumes, raconte qu'il fut appelé en consultation par trois élèves en chirurgie, qui depuis cinq jours essayaient vainement d'accoucher une jeune femme, âgée de vingt-deux ans, laquelle était en proie à d'horribles angoisses. Ce chirurgien, ayant appris que cette femme n'était pas allée à la garde-robe depuis huit jours, prescrivit un lavement. L'élève chargé de cette opération s'évertuait en vain à trouver l'anus. Fournier reconnut que l'anus était imperforé, sans vestige. Le rectum s'ouvrait dans le vagin : le toucher fit voir qu'il était rempli de matières durcies. La canule ayant été introduite par ce canal, le lavement pénétra et fit sortir une quantité

prodigieuse de noyaux de cerises accumulés avec les fécès. Après cette évacuation, l'accouchement se termina spontanément.

Voici un cas analogue ; seulement l'accumulation des matières s'est produite sans qu'aucun obstacle existât à leur expulsion.

Obs. En 1845, je fus mandé près d'une de mes malades du dispensaire, pour parer à une perte de sang qui durait depuis le matin. C'était une jeune femme, âgée de vingt-quatre ans, mariée depuis six mois, et n'ayant jamais subi d'autres incommodités que celles produites par une constipation opiniâtre. Elle me rapporte qu'enceinte de deux mois et demi, elle était allée, trois jours auparavant, assister à la noce de sa sœur, qui habite un village des environs de Paris. La nuit qui suivit le bal, dans lequel elle avait beaucoup dansé et valsé, elle avait éprouvé des coliques suivies de maux de reins. Ces accidents s'étant complétement dissipés le lendemain, elle revint à Paris dans une voiture mal suspendue. Sous l'influence des cahots, dès sa rentrée chez elle, les épreintes utérines se renouvelèrent et persistèrent toute la nuit, accompagnées d'une perte de sang, si bien qu'elle craignait d'avoir fait une fausse couche, tant elle souffrait. Je pratiquai le toucher, et je ne fus pas peu surpris de rencontrer une tumeur qui remplissait tout le vagin ; ce fut à grand'peine que mon doigt put atteindre le col et saisir l'embryon, ainsi que les débris de l'œuf tombés dans le cul-de-sac formé en arrière de la tumeur.

Quelle était la nature de ce globe dont le volume dépassait celui du poing ? Sa situation en arrière des parois du vagin, sa forme arrondie et à la circonférence de laquelle on sentait saillir quelques aspérités, et surtout l'impression que le doigt laissait à sa surface, me portèrent à penser que j'avais affaire à une tumeur constituée par un amas de fécès durcis. Je fis donner immédiatement à la malade des lavements huileux, qui furent rendus tels qu'ils avaient été pris ; je leur substituai des lavements purgatifs ; ces moyens restant sans résultats, le second jour je prescrivis une dose d'huile de ricin, puis un lavement d'eau de savon. Enfin, le troisième jour, un purgatif plus énergique fut administré sans plus de succès.

Le fait que les lavements étaient pris et rendus facilement, que les garde-robes nombreuses provoquées par les purgatifs n'avaient amené aucune diminution dans la tumeur stercorale, m'engagea à recourir à une exploration directe. Le doigt, porté dans le rectum, me permit de constater un amas considérable de matières durcies, au centre desquelles les liquides des garde-robes avaient creusé un canal assez large. Mais le fait le plus remarquable que je notai fut la disposition de la muqueuse rectale autour de l'ouverture de ce conduit. La membrane interne de l'intestin formait une sorte de prolapsus, et le repli membraneux descendant à l'intérieur du canal creusé dans les fécès s'opposait à ce que les liquides, venus de la partie supérieure du tube digestif, pénétrassent entre la tumeur et les parois du rectum.

Cette disposition des parties me démontra qu'une intervention mécanique seule pouvait débarrasser la malade. Je m'étais muni d'une spatule en bois creusée en forme de gouttière, et à l'aide de cet instrument d'abord, puis aidé d'un jet d'eau savonneuse que projetait un irrigateur dont la canule était placée dans l'ampoule rectale, je ne tardai pas à débarrasser ma malade.

L'usage du pain de son aux repas et l'usage quotidien de lavements salés prévinrent le retour de toute nouvelle accumulation de matières.

Sans le traumatisme de l'utérus provoqué par cette accumulation de matières, il eût pu arriver que la grossesse fût arrivée à son terme, et que l'existence de la tumeur eût été constatée seulement alors qu'elle eût formé obstacle à l'expulsion de l'enfant. Quels ne seraient pas les regrets du praticien, si, dans un cas semblable, il venait à confondre une tumeur stercorale avec une de ces procidences de l'ovaire dont nous parlions plus haut, et si une semblable méprise le conduisait à porter l'instrument tranchant sur la mère ou sur l'enfant ! Le silence des auteurs, à l'égard des faits de cette nature, nous porte à enregistrer celui dont nous avons été témoin.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Belladone. *Son emploi dans l'engorgement laiteux des mamelles.* Les propriétés antilaiteuses de la belladone ne sont pas si bien démontrées qu'il ne soit encore nécessaire d'enregistrer les faits qui témoignent de l'efficacité thérapeutique de cette action spéciale de la dite solanée. A ce titre le fait suivant aura sa valeur. — Une jeune femme de vingt-trois ans, douée d'une bonne constitution, entré à l'hôpital de Westminster, le 19 mars dernier. Cette femme, qui était nourrice, avait un abcès au sein gauche, qui avait été ouvert trois jours auparavant. Sept jours après son entrée, il se manifesta de la douleur et un engorgement laiteux considérable dans la mamelle droite, malgré la précaution qui avait été prise de la débarrasser au moyen de la pompe. M. Holt, dans le service duquel la patiente avait été placée, prescrivit l'application sur le sein malade d'une pommade composée d'extrait de belladone, 4 grammes, et cétine, 30 grammes, étendue sur de la charpie. Le soulagement fut immédiat, la douleur et la tuméfaction cédèrent très-rapidement, et, quelques jours après, le 31 mars, cette jeune femme fut renvoyée guérie ; on n'avait employé aucun autre moyen spécial de traitement ; seulement on avait fait prendre quelques toniques, et l'on avait eu soin de soutenir la partie malade d'une manière convenable. (*British med. journ.*, 1857.)

Cautérisation (*Nouveau cas de restauration du périnée par la*) *de l'angle de la plaie.* Au fait que nous avons déjà apporté à l'appui de la méthode de cautérisation de M. J. Cloquet, nous ajoutons le suivant que publie M. Gaillard

Obs. Mme X., âgée de trente ans, primipare, accouche le 19 mai 1857. Le travail, long et pénible, est terminé par une application de forceps. Après la délivrance, on reconnaît une déchirure du périnée qui s'étend dans toute son épaisseur et jusqu'à l'orifice du rectum, le sphincter étant complétement divisé. Le 9 juillet et les semaines suivantes, de huit jours en huit jours, on cautérise la déchirure, huit fois avec le crayon de nitrate d'argent et une fois avec un pinceau imbibé de nitrate acide de mercure. Ces cautérisations ont toujours porté sur l'angle de la plaie, jusqu'à 2 centimètres de profondeur ; elles n'ont occasionné aucune douleur à la malade. Le 10 septembre, Mme X. marche bien et fait de longues courses sans fatigue, bien que la plaie faite il y a huit jours par le nitrate acide ne soit pas cicatrisée et que l'avivement persiste encore, ce qui permet, dit l'auteur, d'espérer un nouveau progrès. On constate les faits suivants : le périnée normal avait 22 millimètres de hauteur, comme l'indiquent les cicatrices ; on a aujourd'hui un périnée de 14 millimètres, bien solide, bien résistant, offrant en son milieu une petite couture, ou raphé. L'auteur espère, en continuant encore quelques semaines ce traitement inoffensif, obtenir davantage encore. Si notre confrère avait eu recours, comme nous, à l'usage d'une suture sèche, les effets de la cautérisation eussent été plus rapides. (*Gaz. méd.*, septembre).

Fistule urétrale *guérie par les injections iodées*. Voici, croyons-nous, le premier, ou tout au moins l'un des premiers cas de fistule urétrale guérie par l'usage des injections iodées. A ce titre, ce fait mérite assurément une mention spéciale.

Un individu présenta les symptômes ordinaires d'une prostatite, qui bientôt le mit dans l'impossibilité de monter à cheval. Il s'établit, malgré un traitement énergique, une suppuration profonde, à la suite de laquelle se forma une fistule urétro-périnéale de la largeur de 1 pouce et demi (environ 40 millimètres). M. Tanturri fut alors appelé ; la fistule datait à cette époque de cinq mois. La membrane interne était épaisse, calleuse ; il semblait que le stylet passât sur un tissu fibreux. Il existait au niveau de la prostate un engorgement indolent, et la partie membraneuse de l'urètre était rétrécie. On essaya de faire résoudre l'engorgement avec la pommade mercurielle belladonée, et l'on traita le rétrécissement par l'emploi méthodique des bougies. Au bout d'un mois, ces diverses complications avaient à peu près disparu, et la fistule était ramenée à un état de simplicité. Ce fut alors qu'au moyen d'une sonde élastique fixée à l'urètre, on pratiqua des injections d'un mélange d'une partie de teinture d'iode et de sept parties d'eau, en y joignant la compression avec un bandage approprié. Les injections furent répétées tous les deux ou trois jours, en diminuant chaque fois la proportion d'eau A partir de la quinzième, la teinture fut employée seule, et après quatre de ces dernières injections, la fistule était fermée. (*Il Morgagni* et *Gaz. hebdomad.*, septembre 1857.)

Infection purulente (*De l'alcoolature d'aconit et de la solution de sulfate de quinine dans l'*). La rareté des cas de guérison bien constatée de l'infection purulente nous engage à publier les deux faits suivants rapportés par M. le docteur Turchetti, malgré les doutes que l'on pourra conserver peut-être après leur lecture, sur la véritable nature de la maladie.

Obs. I. Anthrax des plus étendus et des plus profonds de la région interscapulaire, avec suppuration des plus abondantes et mortification de toute la masse musculaire de la nuque et du dos. Lorsque M. Turchetti vit la malade, le travail gangréneux n'était pas arrêté, et, de plus, il était survenu des symptômes d'infection purulente. Il conseilla des lotions fréquentes avec l'eau de Conflui, des cautérisations avec le nitrate d'argent, une tisane de quinquina et de valériane, un régime alimentaire fortifiant, des toniques, et, de plus, 4 grammes d'alcoolature d'aconit dans 125 grammes d'eau acidulée par l'acide sulfurique, et 2 grammes de sulfate de quinine à prendre par portion dans les vingt-quatre heures. — Rétablissement graduel après diverses vicissitudes.

Obs. II. Jeune femme récemment accouchée ; la sortie du placenta ne s'était pas faite régulièrement, et une partie paraissait être restée dans l'utérus. Bientôt, fièvre, avec tous les symptômes qu'on est habitué à rapporter à l'infection purulente. — Même traitement. — En moins de quarante-huit heures, la sécrétion lactée avait reparu, les lochies avaient perdu leur fétidité et leur apparence putride, les douleurs et le gonflement des membres avaient cessé, les battements du cœur avaient perdu leur fréquence et leur vivacité ; bref, en peu de jours, la malade était rétablie. (*Gaz. Stat. Sardi* et *Gaz. des Hôp.*, octobre 1857.)

Kyste *uniloculaire de la surface convexe du foie, traité par des injections de bile*. L'idée de traiter les kystes hydatifères du foie par l'injection de bile est une idée nouvelle, qui a été inspirée par l'observation de ce qui se passe dans certains kystes, dont la guérison a eu lieu spontanément, à la suite de l'ouverture d'un ou de plusieurs canaux biliaires dans leur cavité. Cette idée proposée, pour la première fois, par M. le docteur Dolbeau, dans sa *thèse inaugurale* sur les kystes du foie, vient d'être mise à exécution par un interne distingué des hôpitaux, M. Voisin, sur une malade du service de M. Tardieu, à l'hôpital de Lariboisière. Voici la relation détaillée de ce fait qui ne manque pas d'intérêt.

Une femme de cinquante-trois ans entre à l'hôpital Lariboisière, se plaignant de dyspnée et de douleurs dans l'hypocondre droit, où l'examen et la palpation font reconnaître l'existence d'une tuméfaction assez considérable, qui s'étend jusque vers la moitié de la région thoracique du même côté. La région du foie est le siège d'une élasticité manifeste ; la main n'y perçoit pas de frémissement hydatique ; mais, en imprimant un léger choc à la

partie antérieure de cette région, il se produit dans la main placée en arrière une sensation de flot. La matité prupre au foie commence à la quatrième côte et finit à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes droites. Le foie paraît occuper aussi une partie de l'hypocondre gauche. La pointe du cœur bat en avant de l'angle de la septième côte. Enfin, on constate, en même temps, à l'auscultation, des râles sous-crépitants à gauche, dans toute la hauteur du poumon. Le murmure respiratoire ne s'entend à droite en arrière qu'à partir de la cinquième côte, et en avant à partir de la quatrième.

Cet état de la malade était constaté le 15 janvier. Le 17, on applique le caustique de Vienne dans l'espace intercostal de la huitième et de la neuvième côte.

Le 19, on fait une ponction avec un trocart explorateur dans le milieu de l'escarre ; cette ponction donne issue à un liquide transparent et contenant de petits grains blancs, reconnus pour des détritus d'hydatides.

Le 22, une ponction pratiquée au centre de l'escarre avec un gros trocart, à longue canule, donne issue à deux litres d'un liquide séreux, teint de sang. On injecte aussitôt dans la poche de la bile de bœuf (la quantité contenue dans une vésicule biliaire). La présence de la bile dans la poche kystique ne provoque aucune douleur. On y abandonne la plus grande quantité du liquide injecté, et on laisse la canule en place, en bouchant son pavillon.

Le 23, la malade accuse quelques douleurs dans la région sous-xyphoïdienne de la tumeur. (Deuxième injection de bile en même quantité.)

Le 24, le liquide qui sort du kyste après vingt-quatre heures a une odeur fade, non fétide, et ne contient pas de trace de pus. (Nouvelle injection.)

Une quatrième injection de bile est pratiquée le 25.)

Le 26, le liquide recueilli après vingt-quatre heures a une odeur fade très-supportable ; il ne contient pas de gaz et il est légèrement trouble. La malade ne souffre pas et reprend de l'appétit. (Cinquième injection.)

Le 27, on pratique une sixième injection de bile.

Le 28, la bile de bœuf manquant, on injecte de l'eau tiède.

Le 29, le liquide qui sort du kyste a une odeur très-fétide. On injecte de la bile matin et soir. Le liquide recueilli le soir a très-peu d'odeur.

Le 30, le liquide de la veille est également sans odeur. (Injection de bile.)

Le 1er février, le liquide contient beaucoup de pus ; il est jaunâtre et continue à être exempt de fétidité. La malade est en proie, depuis quelques jours, à une diarrhée qui l'affaiblit. (Lavement et potion au ratanhia ; décoction blanche. (Injection de bile.)

Le même traitement, consistant en injections de bile dans le kyste et en astringents à l'intérieur, est continué jusqu'au 18 février. Ce même jour, des accidents graves se manifestent du côté de la poitrine (pneumonie). Depuis dix jours, il sort par la canule des flocons jaunâtres, des débris de membranes qui s'opposent souvent à la sortie du liquide.

Le 24, les accidents pulmonaires s'aggravent. Malgré l'état fâcheux de la malade, le liquide qui sort du kyste a encore bonne apparence ; il est d'une couleur jaunâtre et d'une odeur fade, non fétide. Le traitement est continué.

La malade succombe aux progrès de la pneumonie le 26.

L'autopsie a démontré que la mort avait été le résultat de la pneumonie. Quant au kyste, voici dans quel état il fut trouvé : il était revenu sur lui-même, au point de pouvoir contenir à peine trois quarts de litre d'eau. Sa surface interne était lisse et ne présentait pas ces plaques épaisses que l'on trouve ordinairement à la suite des injections iodées.

Quant aux effets immédiats des injections de bile, voici, en résumé, quels ils ont été : absence de toute douleur ; absence de tout symptôme d'infection putride, tant qu'elles ont été pratiquées ; et, enfin, réduction notable du calibre de la cavité kystique et bon aspect de sa surface interne. (*Gaz. des Hôpit.*, septembre 1857.)

Occlusion intestinale *guérie par l'usage interne de la belladone.* Nous ne savons trop pourquoi on n'aurait pas plus souvent recours qu'on ne le fait à l'usage de la belladone, dans les cas d'étranglement herniaire ou d'occlusion intestinale, au moins à titre de tentative, avant de recourir aux moyens extrêmes de la chirurgie ; surtout dans ce dernier cas où la thérapeutique chirurgicale n'offre elle-même que des chances si minimes de succès. Le fait suivant, rapporté par M. le professeur Thibeaud, de Nantes,

est de nature à encourager dans l'emploi de la belladone.

Un malade, âgé de quarante ans, d'une constitution vigoureuse, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 22 janvier 1857, affecté depuis quelques jours d'un état morbide grave. Dans la nuit du 10 au 11 janvier, il est réveillé par de vives coliques, bientôt suivies de vomissements accompagnés eux-mêmes d'un frisson intense. Les selles se suspendent tout à fait, le ventre se ballonne, devient sensible à la moindre pression. Le 14 janvier, tous ces symptômes s'aggravent, et il survient des vomissements de matières stercorales.

A son entrée à l'hôpital, le douzième jour de l'invasion de ces accidents, on prescrit un lavement purgatif, cataplasmes, glace comme boisson. Les phénomènes sont encore plus graves le lendemain : face grippée, ventre tendu et dur; anses intestinales formant un léger relief au travers des parois abdominales; coliques avec contraction des intestins, suivies de vomissements. Le malade vomit trente fois dans les vingt-quatre heures. (Bain prolongé; calomel à doses fractionnées, lavement purgatif, glace.)

Le 23, même état. Pouls à 76, misérable. (Dix pilules purgatives dans la journée, composées de gomme-gutte, de scammonée, d'aloès et d'huile de croton; deux lavements purgatifs; glace sur le ventre; bain de trois heures.) — Aucun effet. — Le soir on prescrit dix pilules de 15 centigrammes d'extrait de belladone, et de 20 centigrammes de poudre de racine, à prendre dans la nuit, et des frictions sur l'abdomen avec l'extrait de belladone.

Le 24, mêmes accidents. Masse dure dans la fosse iliaque. Pouls à 100, irrégulier, petit. Aucune amélioration. Une consultation de plusieurs médecins et chirurgiens de l'hôpital décide qu'on fera le lendemain l'opération de l'anus artificiel. En attendant, on continue les frictions belladonées; on donne dix pilules semblables à celles de la veille, deux par heure; lavements émollients à l'aide d'une sonde œsophagienne introduite profondément. Intoxication belladonique : dilatation des pupilles, léger mal de gorge, démangeaisons et fourmillements aux extrémités. Le soir, le malade se sent mieux.

Le 25, on ajourne l'opération. Même prescription. On pratique le massage de la boule abdominale. Pas de selles. Plus de vomissements.

Le 26, faciès meilleur. Même prescription. Le soir, l'intoxication est complète. Ni selles, ni vomissements.

Le 27, l'intoxication dure encore. Cécité presque complète, sécheresse de la gorge; fourmillement sur toute la surface cutanée; légères hallucinations. Deux lavements à l'huile de ricin. A dix heures du matin, il y a une première selle. Le soir, à la suite d'un bain et de deux lavements à l'eau de son, il y a une émission abondante de matières pultacées.

A partir de ce moment, le malade va de mieux en mieux. Il rend à plusieurs reprises, dans ses selles, des grains de plomb qu'il dit avoir avalés, avant son entrée à l'hôpital, pour enfoncer l'obstacle. La constipation fait place à de la diarrhée, qu'on arrête au moyen de l'opium et du tanin; mais la constipation, les coliques, le ballonnement reparaissent. La belladone en triomphe de nouveau.

Le malade est sorti le 14 mars, parfaitement guéri de son occlusion. Malheureusement, il est rentré six jours après, avec une péritonite qui l'a enlevé au bout d'une vingtaine de jours. (*Journal de la Société académique de la Loire-Inférieure*, 1857.)

Opium (*Emploi de l'*) *dans l'éclampsie*. Les auteurs modernes sont à peu près unanimes pour bannir du traitement de l'éclampsie l'opium et ses préparations, que l'on trouve, au contraire, préconisés dans les auteurs anciens. Cette exclusion est-elle justifiée? Nous serions assez disposé à penser que c'est moins en vertu de l'expérience que par suite de certaines idées théoriques sur l'action congestive de l'opium, que cette exclusion a été prononcée. Il y a donc lieu, croyons-nous, d'en appeler de ce jugement devant de nouveaux faits. Sans prétendre préjuger la question, nous rapporterons le fait suivant, qui ne paraît pas justifier cette proscription.

M. le docteur Vizerie (de Bergerac) fut appelé le 9 mai auprès d'une femme de la campagne, primipare, jeune et bien constituée, dont l'accouchement laborieux paraissait à la sage-femme qui lui donnait des soins ne pouvoir pas se terminer naturellement.

Une attaque de convulsion s'était développée, et la malade était dans le coma lorsque notre confrère arriva. Il était dix heures du soir, une saignée avait été pratiquée dans la journée et suivie de l'administration de 2 grammes d'ergot de seigle en quatre prises.

La tête de l'enfant avait franchi le détroit supérieur depuis quatre ou cinq heures. L'utérus était contracté, le travail n'avançait pas: une application de forceps fut faite. M. Vizerie s'aperçut alors seulement que l'arrêt du travail était dû à la résistance du périnée. Suivant le conseil de M. le professeur Dubois, il excisa d'un coup de ciseaux dans l'étendue de deux ou trois centimètres, et l'accouchement se termina facilement. Dix minutes après, la délivrance était opérée.

Le coma persista, et une nouvelle attaque eut lieu, qui dura de trois à quatre minutes, et fut suivie d'un coma profond.

Les accès s'étant renouvelés pendant la nuit, une saignée de 500 grammes fut pratiquée le 10 au matin.

L'état de la malade ne s'améliorant pas, M. Vizerie prescrivit alors un lavement avec vingt gouttes de laudanum de Sydenham, qui fut renouvelé le soir. Le mieux se manifesta alors seulement.

La nuit du 10 au 11 fut calme, et le 11 au matin, trente heures environ après l'invasion du premier accès, l'accouchée commença à recouvrer l'usage de ses sens.

Le même lavement fut administré le 11; le soir, elle avait toute sa connaissance et ne se plaignait que d'une grande lassitude. Le pouls, à 58, était encore plein mais régulier; le ventre était un peu douloureux à la pression (35 grammes de magnésie pour le lendemain).

Quelques jours après, la mère nourrissait son enfant, et tous deux jouissaient de la plus parfaite santé. (*Gaz. des hôpit.*, septembre 1857.)

Spermatorrhée *produite par la cautérisation des bourrelets hémorrhoïdaux.* L'on fait trop souvent les accidents qui peuvent survenir à la suite de l'emploi des méthodes thérapeutiques prônées; lorsqu'ils viennent à se produire, les praticiens surpris ne savent que répondre au malade, et ne peuvent le rassurer sur les suites de cette complication. M. Perrin a donc donné un bon exemple, en communiquant à ses collègues de la Société médico-pratique l'observation d'un homme de quarante ans, qui, après avoir été guéri par deux cautérisations au fer rouge de bourrelets hémorrhoïdaux volumineux, ulcérés et douloureux, fut affecté d'une spermatorrhée très-grave. Les pertes séminales se montraient surtout le jour, après les selles et la miction, et quelquefois la nuit; pendant quelque temps, elles furent extrêmement abondantes. M. Perrin se borna à prescrire un régime doux et l'usage de lavements froids, ainsi que des lotions également froides autour du bassin. Peu à peu le mal diminua et finit par disparaître. (*Compte rendu de la Société médico-pratique*, 1857.)

Trépanation *du crâne pour une blessure par arme à feu, avec accidents épileptiformes et perte de la parole. Enlèvement d'une esquille; guérison.*—L'observation suivante recueillie par M. Lalluyeaux (d'Ormay), chef de clinique chirurgicale à l'hôpital de la marine de Toulon, dans le service de M. Reynaud, directeur du service de santé de cet hôpital, n'est pas moins remarquable, comme exemple d'accidents cérébraux graves consécutifs à une lésion ancienne des os du crâne, guéris par l'ablation d'une esquille, qu'à cause des questions de physiologie qui s'y rattachent.

Le nommé J... Napoléon, âgé de vingt-trois ans, matelot, a été blessé à la tranchée de Sébastopol le 28 avril 1855, par une balle qui, entrée vers la partie supérieure du front, un peu à gauche de la ligne médiane, est sortie, après un trajet de trois centimètres sous la peau, à gauche de la première ouverture. Le projectile avait entraîné avec lui un petit fragment de la table externe du coronal qui lui restait adhérent. Après quatre mois de séjour dans les hôpitaux du Bosphore, il fut renvoyé en France convalescent. Le 31 octobre 1855, c'est-à-dire six mois après sa blessure, il fut pris subitement de vertiges, puis de syncope, qui nécessitèrent son entrée à l'hôpital. A ce moment les plaies du front, non cicatrisées, étaient couvertes de fongosités, à travers lesquelles le stylet rencontrait des surfaces osseuses dénudées. En outre, une tuméfaction assez considérable se remarquait vers l'angle externe de l'œil gauche, et paraissait tenir à une lésion de l'os malaire; des trajets fistuleux ouverts au-dessous de ce point indiquaient que la partie avait été le siége d'abcès antérieurs.

Dans la nuit du 31 octobre au 1er novembre, le blessé a été pris de vertiges et a eu une syncope. Le 1er novembre au soir les vertiges se sont renouvelés et se sont terminés par de vrais accidents épileptiformes.

Le 2, les crises épileptiformes se

sont renouvelées cinq fois dans la nuit.

Le 5, plusieurs accès; la langue s'embarrasse de plus en plus et la parole finit par se perdre tout à fait.

Le 5 au matin, nouvel accès: contractions de la face et des membres, surtout du *membre supérieur droit*, avec écume à la bouche.

Le 6, état comateux persistant; insensibilité presque complète aux excitations douloureuses; motilité volontaire abolie; défécation et émission des urines involontaires.

A huit heures du matin, la trépanation est décidée. Une incision en T ayant été faite aux téguments du crâne et l'os ruginé, une couronne de trépan de moyenne grandeur a été appliquée à la partie supérieure du frontal, à gauche de la ligne médiane, dans l'intervalle qui sépare la plaie d'entrée de la plaie de sortie de la balle; la virole osseuse ayant été enlevée par le tire-fond, on constate la présence d'une *esquille de la table interne du coronal*, ayant un peu plus d'un centimètre de diamètre. Cette esquille, détachée de toutes parts, offrait un commencement de nécrose, avec amincissement, *et comprimait la dure-mère au niveau du lobule antérieur du cerveau*. Ce fragment enlevé, une pointe du coronal faisant saillie, et pouvant faire craindre quelques accidents, a été réséquée; après quoi l'exploration n'a plus fait reconnaître ni esquilles détachées, ni aucun travail de suppuration sous la dure-mère. Un pansement simple avec des compresses froides a terminé l'opération. Aussitôt après, le faciès du malade est devenu meilleur; la physionomie était plus ouverte, l'œil fixait avec plus d'attention, et on distinguait quelques mouvements des lèvres. Dans l'après-midi, il a prononcé quelques paroles.

Le 7, pas de douleurs ni d'accidents du côté de la plaie; plus d'accès épileptiformes depuis le 5. Insomnie, un peu d'agitation, rêvasseries, et selles involontaires pendant la nuit. Dans le jour le pouls est régulier, la chaleur de la peau normale; le malade répond par quelques paroles suivies aux questions qu'on lui adresse, et il exécute en partie les mouvements qu'on lui commande.

Le 8, la sensibilité tactile est revenue, les mouvements sont plus réguliers, mais l'intelligence est encore paresseuse; les réponses sont lentes et confuses; mais peu à peu l'amélioration se prononce définitivement.

Le 15 (dixième jour de l'opération), le malade demande le vase pour aller à la garde-robe; la suppuration s'établit convenablement.

Le 21 (seizième jour), il se lève quelques instants.

Le 27 (vingt-deuxième jour), de toutes ses fonctions, la vision seule est encore altérée, l'œil gauche ne peut distinguer les objets qu'à une petite distance et d'une manière confuse; la parole est très-nette.

Le 29, une esquille est retirée de l'arcade zygomatique.

Le 16 décembre, la plaie marche franchement vers la cicatrisation.

Le 28 (cinquante-troisième jour), J... sort guéri de l'hôpital, jouissant de toutes ses facultés, parlant facilement et n'ayant plus aucun trouble de la vision.

Cet homme a été revu six mois après par les membres du Conseil de santé. Son intelligence était parfaitement nette, la parole entièrement libre; il déclarait que toutes ses fonctions s'exécutaient aussi régulièrement qu'avant l'opération; il lisait et écrivait sans plus de difficulté ni de fatigue qu'auparavant; il ne présentait plus qu'une cicatrice déprimée au point où avait été appliquée la couronne de trépan. (*Gaz. méd.*, septembre 1857).

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

Instrument destiné à porter des poudres médicamenteuses sur le col de l'utérus et dans le vagin.

Tous les praticiens connaissent les difficultés que l'on éprouve à faire parvenir et surtout à maintenir des substances médicamenteuses sur le col utérin. On a imaginé dans ce but une foule de moyens, qui, pour la plupart, ne le remplissent que très-imparfaitement. Cependant, il en a été proposé quelques-uns récemment, tels que l'ampoule de caoutchouc de M. Gariel, dont nous avons

donné la figure, qui paraissent destinés à faciliter ce genre de médication, et à rendre, sous ce rapport, des services réels à la pratique. Dans ce nombre, et à côté de l'instrument de M. Gariel, vient se placer l'instrument que M. Gubler a présenté dernièrement à ses collègues de la Société médicale des hôpitaux.

Cet instrument consiste en une sorte d'appareil à insufflation analogue à celui qui sert déjà en chirurgie pour produire l'anesthésie locale. Il se compose : 1° d'une vessie de caoutchouc vulcanisé; 2° d'un réservoir métallique; 3° d'une canule en gomme élastique. La poire en caoutchouc vulcanisé, assez grosse pour contenir un volume d'air convenable, et pouvant néanmoins être saisie à pleine main, a des parois suffisamment épaisses pour jouir d'une grande force élastique. Le réservoir métallique où se place la poudre est muni à son extrémité la plus rapprochée de la poire d'une soupape de baudruche s'ouvrant dans le sens du courant d'air qui s'échappe de la vessie de caoutchouc comprimée. Il porte en outre une tubulure latérale très-courte, à laquelle se trouve adaptée une autre soupape semblable, s'ouvrant de l'extérieur à l'intérieur. Quand on presse la vessie, l'air s'en échappe avec force, malgré l'obstacle léger que lui offre la baudruche de la première soupape. Il chasse devant lui la poudre le long de la canule, et cette poudre vient en tourbillonnant se fixer sur les surfaces humides qu'elle rencontre. La pression ayant cessé, la poire de caoutchouc tend à reprendre sa forme, en vertu de son élasticité propre; elle aspire l'air qui rentre par la soupape latérale, et n'exerce aucune action sur l'air du réservoir ni de la canule, puisque la première soupape s'y oppose. On peut alors recommencer la propulsion de l'air pour achever de chasser les dernières parcelles de poudre qui n'auraient pas été entraînées la première fois.

M. Gubler dit avoir eu l'occasion d'utiliser plusieurs fois cet appareil dans des cas de leucorrhées rebelles, de catarrhes chroniques du col utérin, avec granulations et ulcérations superficielles, et en avoir obtenu des améliorations et même des guérisons plus rapides que par les autres moyens, en faisant usage alternativement de poudre d'amidon, de tanin et d'alun.

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert le 19 octobre. Les membres du jury sont : MM. Baillarger, Monneret, Teissier, Depaul, Broca. *Juges* : MM. Voillemier, Lélut, *suppléants*. Les candidats ont eu à traiter pour la question écrite : « Du système capillaire et des hémorrhagies. »

Un concours doit s'ouvrir le 24 novembre prochain, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, pour deux places, l'une de médecin, l'autre de chirurgien-adjoint dans les hôpitaux de cette ville.

Par décret des 5, 10 et 17 octobre sont promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les officiers de santé de l'armée dont les noms suivent. *Officiers* : MM. Guérin, Habaïby, Bécœur ; *chevaliers* : MM. Morgon, Bouins, Larivière, Barreau, de Guillin, Ambert, Costa, Mouillac, Robert, et MM. Lévy et Martin, pharmaciens-majors.

Par décret du 22 octobre, M. Luzet, chirurgien de deuxième classe de la marine, en mission au Sénégal, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon aura lieu le 6 novembre prochain.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de l'iléus par les lavements avec la décoction de tabac.

Nous ne venons pas proposer un remède nouveau. Le tabac est employé depuis plus de deux siècles dans la thérapeutique de l'iléus, puisque Sydenham conseillait déjà contre cet accident morbide les lavements avec la fumée de cette plante. Mertens et Schœffer imitèrent la pratique de l'Hippocrate anglais, et Pott remplaça la fumée par l'infusion qu'il fit aussi administrer en lavement dans les cas de hernie engouée ou étranglée. Depuis, une foule de sévères observateurs ont rapporté des succès qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'efficacité des lavements de tabac dans beaucoup de cas d'iléus.

Nous disons dans beaucoup de cas d'iléus et non dans la plupart, parce que cet accident morbide peut être la conséquence de causes très-dissemblables, et il n'est pas étonnant qu'un remède, bon dans un cas, soit préjudiciable ou inutile dans un autre. Nous renvoyons au dictionnaire des sciences médicales pour l'énumération des variétés nombreuses et bien observées d'iléus; on pourrait encore en trouver quelques autres en dépouillant les recueils de clinique, mais il y a là assez de preuves pour nous convaincre qu'un même moyen ne peut être également utile dans ces maladies diverses, qui ne se ressemblent que par un groupe de symptômes majeurs et très-susceptibles d'amener la mort.

« Lorsque l'intestin est oblitéré sur un point de son étendue, dit M. Grisolle, il survient ordinairement des douleurs vives et souvent atroces dans le ventre, qui se tuméfie; les selles se suppriment; les gaz cessent d'être excrétés par l'anus, et les malades éprouvent des hoquets, des nausées et des vomissements de matières aqueuses, bilieuses, puis stercorales. » Cette définition donne une excellente idée de l'événement morbide que nous avons dit pouvoir être le résultat d'une infinité de causes tout à fait dissemblables.

Rien donc ne nous paraît plus utile que de bien fixer les cas où tel moyen réussit de préférence à tel autre. Pour cela, on ne peut mieux faire que de rapporter avec détail les observations que l'on a eu occasion de recueillir, et, il faut bien le dire, les auteurs sont trop peu explicites à cet égard. Si les observations brèves sont, dans certains cas, préférables aux observations détaillées, nous pensons qu'ici c'est tout le contraire : rien ne peut mieux fixer la thérapeu-

tique de l'iléus que l'étude minutieuse des antécédents et des phénomènes de la maladie.

Ayant cette conviction, nous venons raconter quelques faits observés par nous; ils pourront servir à celui qui voudra un jour, après avoir dépouillé les observations des autres, tracer une histoire complète de la thérapeutique de l'iléus.

Ce qui nous a frappé dans les opinions des auteurs, à propos des lavements de tabac, c'est la divergence à l'égard des doses. Les uns ont réussi avec une décoction de 4 grammes, et d'autres ont dû aller jusqu'à prescrire 30 grammes. Et qu'on ne s'imagine point que ce soit là une question de peu d'importance : l'expérience a démontré qu'une faible dose de tabac introduite dans le tube intestinal pouvait provoquer des accidents terribles ou même mortels, et qu'on ne pouvait administrer cet agent avec trop de prudence. On n'a qu'à consulter l'ouvrage de Mérat et de Lens pour s'assurer de la vérité de cette assertion.

Pour nous, nous avons vu un lavement avec 8 grammes de tabac amener, dans un cas de hernie étranglée, une hyposthénisation des plus grandes, tout en donnant plus d'activité aux vomissements et aux coliques; de plus, après avoir suivi, avec la plus grande attention, les phénomènes de ce cas pathologique, il nous est resté la conviction que la mort avait été sans doute hâtée par l'administration de ce remède. Deux mois après, il nous a été donné d'observer une guérison extraordinaire d'iléus, chez une femme nerveuse et débile, par un lavement avec une décoction très-forte (32 grammes de tabac), qui fut gardée dans l'intestin pendant une heure.

Il n'est donc point étonnant, quand on réfléchit à ces variétés d'action, de trouver dans les auteurs une extrême divergence pour les doses à administrer. A quoi tient ici la variété d'action ? Pourquoi, tandis qu'une décoction de 4 grammes est suffisante dans un cas, en faut-il une beaucoup plus forte dans un autre?

Nous ne craignons pas d'attribuer aux variétés des *susceptibilités vitales* la plus grande part dans ces différences d'action des lavements de tabac. Toutefois, nous faisons une part suffisante aux divers modes de préparation du tabac lui-même et de sa décoction. Ainsi, il est indispensable de préciser la quantité d'eau dans laquelle la décoction doit être faite, et le point jusqu'auquel on doit amener la réduction. Il serait peut-être bon qu'on eût des préparations officinales de tabac, qu'on renouvellerait exactement à certaines époques. A ce propos, nous ferons remarquer qu'on ne prête pas une attention assez sérieuse au renouvellement d'une foule de substances médica-

menteuses ; ce soin est des plus nécessaires, et, dans la plupart des petites localités, il est complétement négligé, au grand détriment des malades.

Les différences dans l'action du tabac peuvent encore tenir au plus ou moins de ténacité de l'occlusion intestinale. Si la cause de cette occlusion est très-puissante, il faudra peut-être provoquer des mouvements péristaltiques plus actifs, plus forts. Cependant on ne saurait voir dans cette circonstance qu'une influence secondaire sur les différences d'action d'un même médicament, car, pour qu'il y ait iléus, il faut que la cause de l'occlusion soit toujours très-tenace, comme la preuve en est fournie par l'inefficacité à peu près constante des purgatifs énergiques qui sont employés dans ces cas.

On est donc forcé d'admettre, pour l'explication de ce fait, une diversité extrême dans les susceptibilités vitales, dans le *sentire vitaliter*, comme disaient les anciens ; et, à cause de l'action parfois si pernicieuse du tabac, le médecin doit interroger avec le plus grand soin ces susceptibilités. La notion de la constitution et du tempérament peut fournir quelques indices à ce sujet, et on doit craindre de donner tout à coup de fortes doses chez les gens nerveux et débiles ; mais ce qui doit surtout guider, c'est la connaissance des accidents idiosyncrasiques, s'il y en a. Dans le cas contraire, il faut consulter l'idiosyncrasie avec soin, donner d'abord de petites et puis de plus fortes doses. Il ne faut pas surtout juger le tabac inefficace, parce qu'il n'a pas amené un résultat satisfaisant à une faible dose ; ce découragement trop précipité pourrait être funeste aux malades que l'on est chargé de guérir, quand cela est possible.

Comment agit le tabac sur l'économie? — Nous nous garderons de trancher cette question délicate avec les quelques faits que nous avons observés. Toutefois nous pouvons dire que cet agent n'est pas un simple narcotique, comme l'ont prétendu quelques-uns. « Sous le nom de narcotiques, dit Barbier, on confond des effets un peu différents. L'action du tabac et celle de l'opium sont loin d'être semblables, quoique qualifiées du même nom de narcotiques. »

Peut-être le tabac agit-il en stupéfiant certaines fonctions et en en relevant certaines autres ; peut-être possède-t-il quelque vertu particulière encore mal déterminée. Toujours est-il qu'il donne un ton des plus vifs aux mouvements péristaltiques de l'intestin, et nous ne pouvons croire que ce soit en irritant cet organe, de la manière que l'entendait l'école physiologique : la rapidité du retour du bien-être abdominal, chez des personnes qui ont été soumises avec succès

à l'action de nombreux lavements de tabac, le prouve surabondamment.

Les observations suivantes dénoteront aussi qu'un des premiers effets du tabac est d'assoupir excessivement le système nerveux. Nous ne cherchons pas à concilier tout cela, et nous laisserons à d'autres le soin de théoriser, voulant seulement aujourd'hui raconter sans détour ce que nous avons vu.

Obs. I. La veuve Anne Vigourel, âgée de soixante-neuf ans, d'une constitution assez bonne, d'un tempérament lymphatique, à fibre molle et lâche, se nourrissant mal et d'une manière mal réglée, vivant dans une maison humide et mal aérée, nous fait appeler, le 18 février 1855, pour de vives coliques, dont elle souffre depuis deux jours; depuis le matin, elle vomit tout ce qu'elle prend. Lorsque nous la voyons dans la soirée, nous la trouvons dans l'état suivant : facies exprimant l'anxiété ; traits un peu tirés; chaleur du corps normale; respiration s'accomplissant bien ; langue nette, humide, large ; pas de mauvais goût à la bouche; les matières rejetées par le vomissement rappellent la saveur des aliments qui ont été pris L'épigastre est souple et indolore ; l'abdomen l'est aussi hors le temps des coliques ; celles-ci se manifestent toutes les dix minutes environ ; leur intensité est assez irrégulière, parfois elles sont très-violentes et forcent la malade à se rouler dans son lit. Depuis six jours, Anne Vigourel n'est pas allée à la selle, et, d'habitude, elle y va tous les deux ou trois jours. Les urines s'excrètent comme à l'ordinaire.

La malade, depuis deux jours, a fait usage des tisanes adoucissantes et des cataplasmes émollients sur l'abdomen ; elle a pris, à diverses fois, de l'huile d'olive pure, etc., cela sans succès. Nous ordonnons immédiatement : limonade froide ; 30 grammes d'huile de ricin par cuillerées à café, de quart d'heure en quart d'heure ; un emplâtre de thériaque sur l'épigastre ; des fomentations froides sur l'abdomen. Nous revoyons la malade six jours après. L'huile de ricin a été prise ; les vomissements ont été moins fréquents, et il y a un peu de bile dans les matières rendues. Nous prescrivons un lavemen tavec 40 grammes d'huile de ricin et continuons la limonade.

Le lendemain matin, 19, les accidents ont peu changé; le lavement, administré hier au soir, n'a pas été rendu. Aucun vent n'est excrété par l'anus, mais il y a des rapports fréquents. Il y a eu un seul vomissement dans la nuit. Nous faisons mettre la malade pendant deux heures dans un bain de siége. — A midi, nous prescrivons un nouveau lavement avec 2 gouttes d'huile de croton dans l'huile d'amandes douces et l'eau de pariétaire. — A une heure, la malade se présente à la selle, mais ne rend absolument que la matière des lavements. Dans la soirée du même jour, les coliques sont moins vives, mais plus fréquentes; après chacune d'elles, le hoquet se déclare et dure quelques minutes. Les vomissements continuent; les matières rejetées sont sales, brunes, et présentent une odeur de fécès. Nous prescrivons un lavement avec une décoction de 8 grammes de tabac dans 250 grammes d'eau, que l'on doit faire réduire des deux tiers. Une demi-heure après, la malade rend plusieurs boules agglomérées de matières fécales. Dès cet instant, Anne Vigourel se trouve guérie.

Obs. II. En novembre 1855, la malade dont nous venons de raconter l'histoire éprouve des accidents semblables à ceux que nous avons énumérés, après

avoir la veille mangé des haricots en abondance. Nous favorisons d'abord les premiers vomissements, puis nous en venons aux divers purgatifs employés la première fois; enfin, nous prescrivons un lavement avec une décoction de 8 grammes de tabac. Ce dernier moyen est répété trois jours de suite inutilement. L'huile de croton-tiglium est employée à son tour par les voies gastrique et rectale; l'eau glacée est mise en usage *intùs et extrà*; la belladone, la jusquiame sont aussi prescrites sous diverses formes. Les bains de siége prolongés sont ordonnés à diverses reprises. Huit jours entiers se passent sans aucun résultat thérapeutique.

Nous voyons alors la malade sur le point de mourir. Son corps est mouillé de sueur froide et visqueuse; le facies est hippocratique; le ventre est ballonné; les vomissements se produisent sans effort, quand l'estomac est plein ou fatigué; le hoquet est presque continuel; le pouls est filiforme, fréquent; par moment, il s'efface complétement. Le curé de Clermont administre le dernier sacrement, et se retire convaincu que la mort ne peut être éloignée. A ce moment extrême, nous administrons 40 grains de menu plomb; puis, au bout d'une heure, nous en faisons avaler toute une cuillerée à potage; il était dix heures du soir. A minuit, la malade fait des efforts comme si elle voulait aller à la selle; elle rend, en effet, des boulettes de matières fécales très-dures, comme après son premier accident. Il y eut deux nouvelles selles dans la matinée. Pendant deux jours, nous nous appliquâmes à entretenir doucement la liberté du ventre, tout en restaurant progressivement les forces. Dès le second jour, Anne Vigourel vaquait à ses affaires, étonnant tout le quartier par sa subite guérison.

Obs. III. Madame S*** est âgée de cinquante et un ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution faible; elle a eu des hémorrhoïdes, qui ont coulé deux ans, et qui ne fluent plus. Elle est habituellement constipée. Il y a un an, nous lui donnâmes des soins pour un embarras gastro-intestinal avec constipation, dont un éméto-cathartique et quelques lavements l'eurent bientôt débarrassée. Dans ces derniers temps des préoccupations morales sont venues altérer encore sa chétive santé.

Le 6 mai au soir, elle nous fait appeler pour des coliques venant irrégulièrement avec une vivacité extrême. Depuis cinq jours, elle n'est pas allée à la selle; hier seulement, après des efforts inouïs et vains, elle a fait sortir artificiellement un peu de matières fécales très-dures. Voici l'état dans lequel nous la trouvons : facies fatigué; chaleur naturelle; pouls faible, régulier, non fréquent; respiration normale; langue couverte de saburres jaunâtres; épigastre douloureux à la pression; abdomen souple et incolore dans l'intervalle des coliques. Celles-ci reviennent assez souvent avec des borborygmes, et sont surtout vives dans la région ombilicale. Légères crampes dans les bras et les mollets; insomnie; agacement externe. Urines normales. Nous prescrivons : pour ce soir, lavement émollient, pilules avec la jusquiame; cataplasme émollient sur l'abdomen; bouillon maigre, potion additionnée de liqueur d'Hoffmann; — pour demain matin, purgatif au citrate de magnésie, qui n'est administré que le 8 mai, c'est-à-dire le surlendemain. A peine la moitié du purgatif est-elle prise, que la malade le vomit avec une grande quantité de bile verte. Les coliques sont plus vives dans la soirée; lors de chacune d'elles, l'intestin se ramasse vers l'ombilic, et cette région de l'abdomen devient alors rénitente. Pas de selle; urines plus rouges qu'hier. Lavement avec la décoction de pariétaire, l'eau de savon, l'huile d'olive; orge miellée et eau de veau pour tisane.

Emplâtre de thériaque sur l'épigastre; cataplasme émollient, arrosé d'huile de jusquiame sur l'abdomen.

Le 9 mai au matin, il y a du calme, mais le lavement est rendu sans entraîner aucune matière fécale. Le soir, les coliques et les vomissements reparaissent avec vivacité. Il nous semble palper des matières fécales ramassées dans la région ombilicale. Lavement avec 52 grammes d'huile de ricin; fomentations froides sur l'abdomen; eau de veau pour boisson; 10 centigrammes de calomel toutes les deux heures. A dix heures du soir, le lavement a été rendu sans matières; les symptômes sont plus alarmants, et nous prescrivons : un quart de lavement avec 4 grammes de tabac; fomentations avec la décoction de belladone.

Le 10 mai, faiblesse extrême; pouls accéléré et petit; vomissements fréquents des boissons avec mucosités et bile. Le hoquet arrive assez souvent après chaque colique. Rapports fréquents; aucune excrétion de gaz par l'anus. Nouveau lavement avec 4 grammes de tabac; eau de groseille glacée pour boisson; fomentations fraîches belladonées. Dans la matinée, le lavement est rendu sans matières fécales, et remplacé par un lavement avec deux gouttes d'huile de croton.

A midi, aucune amélioration; dernier lavement rendu sans aucun résultat; assoupissement. Eau glacée sur l'abdomen; limonade très-froide pour boisson; lavement avec trois gouttes d'huile de croton.

A dix heures du soir, l'état général s'aggravant, nous donnons une cuillerée à café de plomb de chasse, et deux heures après une autre cuillerée.

Le 11 mai au matin, les matières vomies ont un goût d'œuf pourri et l'odeur des matières fécales. Pouls très-faible et fréquent. Ventre ballonné, douloureux à la pression; coliques de plus en plus fréquentes. Assoupissement, faiblesse extrême, hoquet presque continuel, quelques frissons, urines rares Frictions mercurielles belladonées, et fomentations froides sur l'abdomen. Potion avec cinq gouttes d'huile de croton, par cuillerée, toutes les deux heures. Eau de veau avec quelques gouttes de citron, vin de Bordeaux.

A dix heures du soir, l'état est plus alarmant. Ventre très-ballonné, faiblesse excessive, vomissements opiniâtres, etc. Lavement avec une décoction de 8 grammes de tabac; puis, pour le lendemain matin, lavement avec 4 gramme de scammonée.

Le fils de la malade nous ayant accompagné, nous lui dîmes que nous comptions surtout sur le lavement de tabac. A onze heures, notre lavement avec 8 grammes ayant été rendu seul, le fils, désespéré, fit bouillir pendant une heure, dans 500 grammes d'eau environ, 22 grammes de tabac qu'il se procura chez un voisin, et il administra cette décoction en lavement à sa mère. Après une heure d'assoupissement extrême, ce dernier lavement est rendu, amenant avec lui plusieurs fèces très-dures. Il y eut plusieurs autres selles dans la matinée. Trois jours après, Mme S*** était sur pied.

Nous n'ajouterons que quelques mots à l'histoire de ces faits curieux. Après les avoir lus avec attention, on ne peut plus contester l'efficacité du tabac dans ce grave accident morbide qu'on appelle *iléus*. Il est bon d'ajouter que ce moyen paraît surtout convenir quand l'iléus est occasionné par l'accumulation de fèces endurcies; c'est en donnant plus de ton aux mouvements péristaltiques

de l'intestin, que le tabac agit évidemment dans ces cas. L'analogie engage donc à employer ce remède toutes les fois qu'on a besoin d'exciter fortement de tels mouvements, et les observations que nous venons de rapporter établissent sans contestation la prééminence de cet agent, *bien manié*, sur une foule d'autres moyens employés dans cette intention thérapeutique.

Les faits qui précèdent nous semblent même indiquer clairement qu'on ne réussit pas quelquefois avec les lavements de tabac, par trop d'hésitation dans l'emploi de ce moyen. S'il est indispensable de tâtonner un peu avant d'arriver à de fortes doses, il ne l'est pas moins de ne pas reculer devant celles-ci, dans les cas très-graves.

Toutefois le tabac, comme tout autre bon remède, peut être inefficace, et le praticien ne saurait alors oublier les succès obtenus par d'autres traitements. Le *Bulletin de thérapeutique* a rapporté des cas de guérison par l'emploi de la glace *intùs et extrà;* c'est là, certes, une médication très-simple, très-facile et qu'on ne saurait hésiter à mettre en usage. Nous ferons remarquer pourtant, après avoir lu avec soin les faits rapportés par le *Bulletin,* que le tabac nous parait bien autrement actif que la glace et ne fait pas aussi longtemps attendre la guérison. Nous ferons observer encore qu'il est beaucoup de localités où la glace manque. Le tabac, au contraire, se trouve partout, et ce fait seul suffit pour appeler l'attention de nos confrères sur l'efficacité de cette plante et pour placer cet agent médicamenteux en première ligne parmi les moyens reconnus utiles dans l'occlusion intestinale.

Dr Ronzier-Joly.

Des indications et des contre-indications du lait dans les hydropisies.— Nouveau fait relatif à l'emploi de la diète lactée et de l'oignon cru dans l'anasarque de la maladie de Bright (1).

Par M. H. Guinier, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

L'observation que nous donnons ici est un de ces exemples qui présentent dans ses détails les plus précis et les plus complets les traits caractéristiques de l'*affection rénale de Bright*. Sauf les phénomènes nécroscopiques qu'heureusement on n'a pas eu lieu de rechercher, on y retrouve les conditions au milieu desquelles se développe le plus habituellement la maladie (*froid et humidité*), et surtout cette trilogie symptomatique dont le rapprochement et la démonstration ont valu à Bright l'honneur de donner son nom à

(1) Suite.— Voir la livraison précédente, p. 337.

un état morbide assez mal connu avant lui : nous voulons parler de l'*altération rénale*, de l'*anasarque* et de l'*albuminurie*.

En second lieu, cette observation concourt à démontrer les bons effets, sinon l'efficacité radicale dans l'hydropisie rénale, de la *diète sèche lactée et de l'oignon cru* préconisés par le docteur Serre, d'Alais.

Maladie de Bright. — Influence du froid humide. — Début par un point pleurétique suivi de douleurs lombaires ; développement rapide de l'anasarque, commençant par la face ; albuminurie ; commencement d'amaurose.—Insuccès de plusieurs traitements. — Guérison rapide de l'anasarque par l'emploi de la diète sèche lactée et de l'oignon cru.—Au n° 7 de la salle Saint-Vincent (Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier) entrait, le 18 juin 1853, le nommé Etienne Al..., âgé de vingt-deux ans, d'une forte constitution, quoique paraissant d'un tempérament profondément lymphatique.

Né à Bare (Tarn), il a d'abord été berger dans son pays; depuis quelque temps, il est cultivateur à Frontignan (Hérault), contrée humide et marécageuse.

Son père est mort, à l'âge de trente-sept ans, d'une chute sur la tête; sa mère jouit d'une bonne santé. De ses sept frères ou sœurs, trois sont morts en bas âge ; ceux qui restent se portent bien.

Lui-même paraît avoir eu une enfance chétive ; à l'âge de six ans, il avait le ventre gros et les jambes infiltrées; cela dura longtemps. Depuis lors sa constitution paraît s'être refaite, et il a joui d'une bonne santé jusqu'au mois de février 1853.

A cette époque, travaillant à la campagne et se trouvant en transpiration, il demeura longtemps exposé à la pluie. Le froid le saisit ; il n'interrompit cependant pas son travail, et le continua même les jours suivants, malgré quelques frissons, un peu de malaise et de la lassitude, accompagnés d'une toux catarrhale. Bientôt survint une douleur, d'abord obtuse et profonde, éveillée par les efforts de toux, et siégeant vers la région des dernières fausses côtes du côté droit : cette douleur augmenta rapidement, s'étendit et gagna la région lombaire (le malade dit qu'il avait *mal aux reins*); elle s'exaspérait par la pression, par la marche, par la toux, par les mouvements inspiratoires (le malade était obligé de marcher, dit-il, *le dos voûté*).

Quelques sangsues suivies de l'application *loco dolenti* d'un emplâtre de poix de Bourgogne, tel a été le seul traitement subi durant cette période. La douleur s'amenda d'abord, mais persista ; puis elle augmenta progressivement, et, deux mois après, tout travail dut être suspendu.

Etienne a remarqué qu'au moment de la plus grande violence de sa douleur lombaire, ses urines diminuaient notablement de quantité et devenaient très-rouges ; en même temps la vessie et les bourses étaient indolores, et il n'y avait aucune rétraction testiculaire.

Vers la fin du mois de mai, Etienne s'aperçut que ses *paupières étaient bouffies (sic)* : peu de jours après, le même phénomène se présenta aux jambes, surtout vers les malléoles, puis aux cuisses, aux avant-bras et aux bras, enfin au tronc et à l'abdomen.

Vers les premiers jours du mois de juin, Etienne fut pris d'un froid très-vif, sans cause appréciable; ce froid dura plusieurs heures et fut suivi de chaleur sans sueur. Les jours suivants, la douleur du côté droit augmenta notablement, ainsi que les douleurs lombaires ; la toux, demeurée peu considérable depuis

le début, devint fatigante et s'accompagna d'une abondante expectoration; il y eut de la dyspnée. A cette époque, Etienne dit avoir, à plusieurs reprises, rendu par la bouche et avec des efforts de vomissement d'abondants caillots de sang noir.

Depuis ce moment, il a eu quotidiennement quelques selles aqueuses avec ténesme.

La persistance et l'accroissement de la douleur du côté droit et des douleurs lombaires, la bouffissure générale du corps et les derniers accidents que nous venons de rapporter ont déterminé Etienne Al..... à entrer à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier.

Voici ce que nous observons le 19 juin 1853 :

Augmentation considérable du volume du corps dû à la bouffissure générale des téguments. La teinte de la peau est d'un blanc mat, surtout au visage. L'infiltration des membres inférieurs augmente le soir quand le malade est resté levé. La peau ne se laisse pas déprimer par le doigt; elle est dure, sèche et chaude; Etienne affirme qu'elle est ainsi depuis le début de la maladie.

La mensuration à différents points du corps nous donne les résultats suivants (1) :

Poitrine à trois travers de doigt au-dessous du mamelon, côté droit	0m ,55
— côté gauche	0 ,50
Abdomen	0 ,84
Avant-bras droit	0 ,31
Avant-bras gauche	0 ,29
Poignets, chacun	0 ,20
Cuisses, chacune	0 ,58
Genoux, chacun	0 ,42
Mollets, chacun	0 ,42
Mallèoles, chacune, au-dessus	0 ,28
— — au-dessous	0 ,33

Œdème considérable des paupières; la vue est actuellement plus faible et moins nette qu'au début de la maladie, surtout lorsque le malade s'assied sur son lit, position qui amène des vertiges et des tintements d'oreille.

L'examen de la poitrine nous révèle un épanchement pleurétique occupant le tiers inférieur droit, et caractérisé par une voussure de la base du thorax, à droite (de 3 centimètres de périmètre de plus que le côté gauche), avec matité absolue à partir d'un travers de doigt au-dessous du mamelon droit jusqu'à la base, et absence complète de respiration. Nous ne constatons pas d'égophonie, ni ce souffle tubaire sourd, voilé et comme diffus, que nous avons souvent entendu en pareille circonstance. Décubitus latéral droit, difficile à gauche; les efforts de toux éveillent une douleur profonde dans l'hypocondre droit, s'irradiant jusqu'à l'épaule du même côté. C'est probablement la plèvre diaphragmatique droite qui est le siège des accidents phlegmasiques.

Les poumons sont engoués; la respiration, partout rude et sibilante, est parsemée à plusieurs endroits de ronchus inconstants et de râles muqueux et sous-crépitants épars.

(1) Le lieu d'élection de ces diverses mesures est marqué au nitrate d'argent, de manière à éviter toute erreur dans les mensurations comparatives ultérieures.

Les battements du cœur sont un peu lointains et comme voilés, ce qui s'explique par l'épaisseur de l'infiltration des téguments et peut-être par un peu d'épanchement péricardique : il est cependant difficile de constater par la percussion une matité précordiale anormale.

Il existe une toux fatigante, accompagnée de crachats glaireux et filants assez abondants, et une dyspnée permanente augmentée par tout autre décubitus que le décubitus droit.

L'abdomen est augmenté de volume, sonore à la percussion vers l'ombilic, sensible à l'épigastre, très-douloureux à la pression vers l'hypocondre droit ; il ne nous est pas possible, à cause de l'épaisseur des téguments, de constater un épanchement intra-péritonéal, et, s'il existe, il est au moins très-peu considérable.—Le foie, probablement refoulé par l'épanchement pleural, déborde les fausses côtes de plusieurs travers de doigt. — La rate ne présente rien de particulier.

Les régions lombaires sont empâtées ; des deux côtés, la percussion et même la simple pression éveillent une douleur profonde assez vive. Au dire du malade, les urines sont plus abondantes depuis quelques jours et d'une teinte moins foncée ; leur nuance actuelle est jaune marron ; elles sont troubles et tiennent en suspension des filaments floconneux ; au fond du vase se trouve un précipité rouge brique abondant. Décantées avec soin et traitées soit par l'acide azotique, soit par la chaleur, ces urines donnent un abondant précipité d'albumine équivalant au quart de la totalité du liquide expérimenté.

Le pouls est régulier, à 65 pulsations par minute ; il est vif et légèrement vibrant.

D'après cet exposé, le diagnostic ne pouvait être douteux ; nous le formulons : affection rénale de Bright (hydropisie rénale, albuminurie, néphrite albumineuse des auteurs) avec épanchement pleurétique et pleurésie chronique.

Du 20 juin au 21 juillet 1855, le malade est soumis à un traitement à la fois sudorifique, diurétique et purgatif.

Dès les premiers jours, une saignée au bras de 200 grammes et l'application de six ventouses scarifiées sur le flanc droit et la région lombaire droite amendent la douleur de ces régions.

Le 22 juin, le malade est mis à l'usage des bains de vapeur ; il en prend trois, mais on est obligé de les suspendre, le 26, à cause de l'excitation qu'ils occasionnent. Vingt-quatre jours après, le 19 juillet, deux bains de vapeur sont accidentellement prescrits à deux jours d'intervalle l'un de l'autre.

Du 20 juin au 21 juillet, Etienne prend successivement les préparations suivantes : 20 juin. — Tisane avec :

Douce-amère.	12	grammes.
Eau commune	250	—
à réduire par un feu doux à.	200	—
Sirop de pointes d'asperge	Q. S.	

Régime gras ; vin.

22 juin. — Tisane de mauve et de tilleul édulcorée avec 90 grammes de sirop de salsepareille par litre.

Régime exclusivement lacté, *ad libitum*.

25 juin.— Tisane de chiendent avec 2 grammes de nitrate de potasse par litre. Julep simple avec 5 centigrammes d'extrait gommeux thébaïque pour 120 grammes.

Régime gras ; vin.

1er juillet. — *M. le professeur Dupré prend le service.* — Purgation avec le sulfate de soude.

2 juillet.—Tisane de chiendent avec 2 grammes de nitrate de potasse par litre.

2 cuillerées de vin scillitique.

Régime gras ; vin.

4 juillet. — Le vin scillitique est remplacé par la potion suivante :

Teinture d'aloès.	4 grammes
Teinture de scille.	aà 20 gouttes
Teinture de digitale. . . .	

à prendre en une fois.

Cette potion est continuée pendant six jours, suspendue le 11 juillet, reprise le 13, et définitivement suspendue le 15 juillet.

On y substitue 4 grammes d'extrait de quinquina, et l'usage de bains sulfureux.

6 juillet. — Large vésicatoire sur la région lombaire

Sauf ces modifications, le traitement et le régime prescrits le 2 juillet sont continués jusqu'au 21 juillet.

Pendant la durée de ce traitement, l'état du malade s'est peu modifié.

Le scrotum s'est d'abord considérablement tuméfié ; puis, le 8 juillet, après le vésicatoire des lombes, il a diminué de volume.

Les premiers bains de vapeur ont amené une transpiration excessive, et ont été suivis d'une excitation qui a dû les faire suspendre.

Les selles ont été en moyenne plus abondantes et liquides, surtout pendant l'usage de la mixture aloétique

Les urines ont peu augmenté ; elles se sont seulement décolorées. La proportion d'albumine n'a pas été modifiée.

L'épanchement pleurétique a beaucoup diminué, ainsi que la toux et la dyspnée. La douleur du côté droit n'existe plus.

La transpiration cutanée, d'abord entièrement abolie, a eu de la tendance à se rétablir, mais cela n'a pas été constant.

Les forces ont eu des alternatives de hausse et de baisse ; mais la moyenne a été bonne ; l'appétit a un peu repris, et les digestions s'exécutent bien.

Quant à l'anasarque, voici les nouvelles mesures que l'on constate le 20 juillet.

Poitrine, côté droit.	0m,52
Avant-bras droit	0 ,29
Genoux, chacun.	0 ,44
Mollets, chacun	0 ,45
Malléoles, au-dessus.	0 ,29

En résumé, nous voyons qu'il y a eu

diminution	de 1 centimètre pour la poitrine (côté droit) ;		
—	de 2 centimètres pour l'avant-bras droit ;		
augmentation	de 2	—	pour les genoux ;
	de 3	—	pour les mollets ;
	de 1	—	pour les malléolles.

Les autres dimensions notées le 19 juin n'ont pas changé [1].

En présence de ces résultats, M. le professeur Dupré soumet le malade au

[1] Les mesures sont prises toujours le matin à jeun, avant le lever du malade.

régime préconisé par M. Serre, d'Alais. Le malade est absolument privé de tout aliment et de toute boisson, et on lui prescrit pour chaque jour :

3 soupes au lait ;

3 oignons crus de la grosseur d'un œuf de dinde.

Le lendemain (21 juillet), Etienne a eu trois selles liquides, comme à l'ordinaire; depuis quelques jours il souffre beaucoup de la soif.

Les urines sont plus copieuses (1600 grammes dans les vingt-quatre heures) ; elles contiennent toujours une forte proportion d'albumine ; elles ont une forte odeur comparable à celle de l'iris fétide (*iris fœtidissima*).

On permet au malade de tromper sa soif avec quelques tranches de citron ou d'orange promenées dans la bouche.

3e *jour*. — Même état ;

2240 grammes d'urines.

4e *jour*. — L'appétit est très-vif : on donne une soupe et un oignon de plus (4 soupes au lait, 4 oignons crus).

L'anasarque diminue sensiblement ;

2150 grammes d'urines.

5e *jour*. — Le malade a transpiré cette nuit ; la face est moins bouffie.

2080 grammes d'urines.

La mensuration donne les résultats suivants :

Diminution de 1 centimètre pour la poitrine (côté droit) ;

8 centimètres pour l'abdomen ;		
1	—	chaque bras ;
1	—	chaque poignet ;
3	—	chaque cuisse ;
2	—	chaque malléole.

6e *jour*. — 2080 grammes d'urines.

Pâles d'abord, elles commencent à prendre une coloration normale ; décubitus indifférent à droite ou à gauche.

Continuation du traitement.

Application d'un bandage roulé sur les membres inférieurs.

12e *jour*. —L'amélioration est progressive ; le malade voudrait bien changer de régime, et surtout calmer la soif ardente qui le dévore ; mais il se résigne à cause des bons effets obtenus et dans l'espoir d'une prochaine guérison.

14e *jour*. — 1600 grammes d'urines.

Etienne assure que sa vue se fortifie depuis quelques jours. L'anasarque a presque disparu.

Continuation du traitement.

Frictions sur les membres inférieurs avec parties égales de

Teinture de digitale,
— de scille,
— de quinquina.

La mensuration donne les résultats suivants comparés avec ceux constatés le 20 juillet :

Diminution de 2 centimètres pour la poitrine (chaque côté).

10	—	l'abdomen ;
2	—	chaque avant-bras ;

Diminution de	1 centimètre pour		chaque poignet;
	9	—	chaque cuisse;
	8	—	chaque mollet;
	6	—	chaque genou;
	2	—	chaque malléole.

19e *jour*. — 1664 grammes d'urines.

Encore léger énéorème, mais pas de précipité spontané. Diminution de la proportion d'albumine (1/15 de la quantité expérimentée).

Les membres inférieurs ne s'infiltrent plus le soir sous l'influence de la marche; les douleurs des lombes et du côté droit sont absentes depuis longtemps; il reste à peine de la toux; l'épanchement pleurétique a disparu; les bruits respiratoires sont normaux, sauf quelques rares sibilances.

Le malade pourrait être considéré comme guéri, si l'examen chimique des urines ne révélait encore la présence de l'albumine. Comme Etienne ne se rend pas compte de ce phénomène, et que la disparition successive des divers symptômes qui l'ont fait entrer à l'hôpital lui persuade qu'il n'est plus malade, il demande à sortir.

Sur ses instances, l'usage de la diète lactée et de l'oignon est suspendu, mais on le garde encore quelques jours en observation.

2 soupes au lait; potage gras; vin.

23e *jour*.— 1536 grammes d'urines.

Le malade trouve qu'on ne lui donne pas assez à manger, et, malgré la présence de l'albumine dans les urines, il exige son *exeat*.

Au moment de sa sortie, l'anasarque a fait place à une maigreur relative très-remarquable.

De ce qui précède, nous pouvons conclure:

1° L'emploi du lait dans le traitement des hydropisies, connu des anciens, et administré à titre d'aliment exclusif par Chrestien et M. Serre, d'Alais, peut rendre d'utiles services.

2° Par son action adoucissante et tempérante, il convient dans les hydropisies de nature hypersthénique, dans celles où l'excitation domine; son action affaiblissante doit le faire proscrire dans les hydropisies de nature asthénique, à moins qu'une surexcitation momentanée et purement artificielle ou spasmodique ne vienne se surajouter à la maladie.

3° L'anarsaque de l'affection rénale de Bright étant le plus souvent de nature hypersthénique, et ses caractères les plus ordinaires étant ceux des hydropisies dites actives, il peut être heureusement modifié par la diète lactée.

4° Mais l'anasarque n'étant qu'un des symptômes de l'affection rénale de Bright, sa disparition n'entraîne pas nécessairement la guérison radicale de la maladie; l'action de la diète lactée reste nulle contre la cause affective; elle se limite à la cause seconde (irritation) qui a directement produit l'accumulation séreuse.

5° Bien que la diète lactée n'amène pas une cure radicale de la maladie de Bright, et qu'elle ne puisse être considérée que comme un moyen palliatif, la prompte amélioration de l'anasarque doit en faire conseiller l'emploi dans certains cas déterminés. En effet, si, dans son origine, l'hydropisie est dominée par la cause affective, rien ne démontre qu'une fois l'hydropisie formée aucune cause ne vienne réagir à son tour sur la marche de la maladie générale et nuire à sa guérison. Les moyens qui cherchent à la faire disparaître ont donc un double effet : 1° débarrasser le malade d'un accident incommode, fatigant, et qui use ses forces ; 2° déblayer le terrain autour de la cause affective, et faciliter l'action de la thérapeutique qui cherche à la guérir radicalement.

6° Dans ces circonstances, la formule de M. Serre, d'Alais, rend d'utiles services et mérite d'être conservée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement médical des affections de l'appareil cristalloïdien.

Par le docteur Guépin, de Nantes.

1. L'oculistique moderne a eu trois phases. Dans la première, qui a débuté avec la publication de Guillié, intitulée Bibliothèque ophthalmique (1819), la France et l'Europe se sont mises en rapport. La seconde a commencé avec les Annales d'oculistique de Bruxelles, vers la fin de 1838. On peut l'envisager comme l'embryologie de l'ophthalmologie actuelle. Dans cette seconde phase, l'Allemagne a imaginé l'ophthalmoscope et l'examen de l'œil à la lumière artificielle au moyen de cet instrument. La France y a répondu par la découverte des phosphènes, opposant ainsi l'ophthalmoscopie *subjective* imaginée par Serre, d'Alais, à l'ophthalmoscopie *objective* inventée, étudiée, perfectionnée et appliquée outre Rhin. Pendant cette seconde période, l'histologie de l'œil a fait de grands progrès ; Muller, Bowman, Testelin, Robin et d'autres ont étudié l'état physiologique et l'état pathologique, tandis que les ouvrages de Desmarres, de Makensie, et la magnifique iconographie de Sichel versaient la lumière sur une foule de questions. Du congrès de Bruxelles datera le début de ce que l'on peut appeler l'*ophthalmologie positive*, c'est-à-dire d'une science appuyée sur un diagnostic positif et sur une thérapeutique en rapport avec les découvertes modernes.

La question du traitement médical des cataractes ayant été soulevée dans cette grave réunion, j'aurais personnellement désiré qu'elle devînt l'occasion d'une revue critique de la thérapeutique actuelle. Il me semblait digne de notre époque, qui étudie si habilement les infiniment petits médicaux par la physique, la chimie et la microscopie, d'entrer plus avant encore dans cette voie. Notre siècle, j'aime à le répéter, doit accomplir et accomplit pour la médecine le même progrès que le dix-septième siècle a fait accomplir aux mathématiques lorsque Leibnitz et Newton découvrirent les deux grandes méthodes, l'une différentielle, l'autre intégrale, qu'ils appliquèrent aux infiniment petits mathématiques. Malheureusement, la discussion ne fut point placée sur ce terrain nouveau, qui lui permettait de fusionner le vieil organisme et le vieil humorisme en un vitalisme tout à fait positif, et digne, par son point de vue élevé, de l'époque dans laquelle nous vivons. — Cette question, qui pouvait devenir si grande, se traîna terre à terre. On discuta sur le mot *cataracte*. Les uns n'appliquaient cette expression qu'à l'impossibilité de voir causée par l'opacité de tout ou de partie de l'appareil cristalloïdien ; d'autres répondirent que les médecins ne sont pas des *poëtes*, mais des *savants ;* qu'un mot, pour eux, c'est *un trait de voix destiné à corporiser la pensée*, et que l'idée *cataracte* représente aussi bien le début, les progrès, l'état complet du trouble cristalloïdien, que l'idée *petite vérole* rappelle à l'esprit les phases diverses de cette maladie. La question était celle-ci : *S'il est possible que l'on puisse arrêter les progrès d'une cataracte, et même faire rétrocéder cette affection par un traitement médical.* Les uns, MM. Desmarres et Sichel, soutinrent la négative. M. Sichel considéra même qu'il était imprudent de toucher à cette question, et raconta à cette occasion, avec l'esprit qu'on lui connaît, une légende allemande. — MM. Wenzetti, ancien professeur d'ophthalmologie à Moscou, Quadri, de Naples, Riboli, de Turin, se prononcèrent pour l'affirmative. Nous joignîmes notre témoignage au leur ; mais, trouvant que la question était placée sur un mauvais terrain, celui de faits à constater, nous prîmes l'engagement de fournir à l'appui de cette thèse des faits nouveaux, nombreux, incontestables et scientifiquement étudiés. Le rédacteur du *Bulletin de Thérapeutique*, en joignant son témoignage au nôtre, eut l'obligeance de nous offrir sa publicité pour les pièces d'un débat qu'il n'entre pas dans notre esprit de réduire à de mesquines proportions, à celles d'un *oui* ou d'un *non* sur l'arrêt de développement et la rétrocession même des cataractes sous l'influence d'un traitement médical. — J'use au-

jourd'hui de sa bienveillance, et je ferai mon possible pour montrer qu'en regard des beaux travaux des étrangers, notre pays peut placer quelques recherches utiles et des pressentiments très-élevés sur ce point de la thérapeutique oculaire

II. La pathologie de l'appareil cristalloïdien est encore dans l'enfance. Il n'existe, ni à l'étranger ni en France, aucun traité sur cette matière qui sorte des anciennes données chirurgicales. Les méthodes toutes nouvelles qui tendent à infirmer l'ancien *abaissement* et l'ancienne *extraction* sont très-récentes et connues seulement des ophthalmologues les plus dévoués à leur science. Il est vrai que les maladies de l'appareil cristalloïdien, qui est dépourvu de vaisseaux, et, par suite, de circulation capillaire, qui vit par endosmose entre deux liquides, ne peuvent avoir aucun rapport de forme, aucune similitude dans leur expression, ni avec les maladies des organes arrosés par une forte circulation générale, tels que le poumon, le foie, le cerveau, ni avec les maladies d'organes secondaires, tels que l'iris, qui possède une circulation générale étendue et une circulation capillaire si développée, si importante, presque comparable à celle qui a lieu dans le propre tissu pulmonaire ou dans les tissus érectiles. Les maladies de l'appareil cristalloïdien n'ont, par suite, aucun rapport non plus ni avec les maladies de la choroïde ni avec celles de la rétine ; et cependant il existe, entre les appareils iridien, cristalloïdien, choroïdien et rétinien, des rapports de voisinage et de fonction desquels résulte une grande et intéressante solidarité. Il faut donc une analyse délicate, subtile parfois, pour arriver à des résultats précis dans l'étude des affections cristalloïdiennes.

Tout d'abord, pour éviter toute objection ultérieure, voici comment, depuis dix-sept ans environ, nous avons pratiqué l'examen des cataractes :

1° Nous regardons le malade en face et de côté.

2° Nous examinons à l'œil et à la loupe si la pupill est très-mobile, mobile, peu mobile ou immobile.

3° L'extrait de belladone autrefois, l'atropine aujourd'hui, nous disent si la dilatation est régulière ou irrégulière, complète ou incomplète, et si dans ce dernier cas il y a régularité ou irrégularité

4° Le malade nous dit s'il voit mieux au grand jour que dans l'ombre, c'est-à-dire si le trouble est placé plus spécialement dans l'axe visuel.

5° Tantôt avec la lumière solaire réfléchie par les vitres d'une maison située en face, tantôt avec la lumière solaire directe et deux loupes, nous éclairons et nous examinons le cristallin. L'une de nos loupes, à très-court foyer, projette une grande clarté sur l'organe, et l'autre nous sert à examiner les détails de l'opacité ainsi mise en grande évidence.

6° Depuis la découverte de l'ophthalmoscopie objective, nous avons recours à des réflecteurs métalliques armés de loupes, et à la lumière artificielle. — (Notre premier instrument était de notre invention.)

7° Depuis la belle découverte de Serre, nous interrogeons le malade lui-même, au moyen de ses phosphènes, sur la vitalité des diverses parties de sa rétine.

Il y a déjà de longues années que des morceaux de gaze et des verres sur lesquels nous avions délayé de la fécule crue, de la fécule cuite, du savon mucilagineux et quelques autres substances, nous ont servi à regarder des objets brillants, des lumières placées à 3 et 4 mètres, et à produire artificiellement tous les phénomènes, ou peu s'en faut, de la naissance et du développement des cataractes, tels que :

A. La vision latérale des cataractes du pôle postérieur ou de la partie centrale de la capsule postérieure, vision que l'on peut aussi appeler péricristalloïdienne.

B. La vision double des objets éloignés (une image très-nette, une image affaiblie).

C. L'enveloppement de l'image nette par l'image affaiblie.

D. La polyplopie.

E. La vision confuse des lumières, avec auréole couleur de feu.

F. Les images brisées.

G. L'impossibilité de voir des lettres moindres de 5 millimètres.

H. L'impossibilité de voir des lettres moindres de 25 millimètres.

Je suis même arrivé quelquefois, depuis peu, quoique très-rarement, à reproduire avec du pus, ou plutôt avec de la sérosité purulente, les auréoles colorées, vraies cocardes qui caractérisent le glaucôme et certaines phases de quelques ophthalmies [1].

III. Nous pourrions maintenant entrer en matière : nous croyons avoir assez de documents pour écrire synthétiquement sur les affections de l'appareil cristalloïdien; mais, dans l'état actuel des choses, une analyse nous va mieux. La modestie plus grande de cette méthode nous paraît plus séante, plus en harmonie avec les débuts d'une étude dont nos savants confrères Venzetti (de Padoue), Quadri (de Naples), Stœber, qui possède des faits quoiqu'il n'ait point pris la parole à Bruxelles, Riboli, Debout et bien d'autres sauront combler les vides et corriger les manquements. Ce n'est donc qu'après une grande enquête que nous oserons, si cela nous est permis, résumer la discussion en une forte synthèse.

Le monde médical n'ignore pas que Gondret a publié dans les

[1] Nous décrivons ce fait d'une façon précise dans nos Nouvelles études d'oculistique, que Germer Baillière va publier.

dernières années de la Restauration, à deux ou plusieurs éditions, un mémoire important sur le traitement des cataractes sans opération. — L'idée fondamentale de la thérapeutique de ce respectable médecin, *qui vient de mourir pauvre*, était très-bonne; mais son mémoire, encore qu'il porte le cachet de la loyauté, était si rempli de fautes grossières, d'erreurs scientifiques très-peu pardonnables, qu'il fut généralement rejeté. Gondret était très-peu ophthalmologue. Il ne savait nullement classer les cas dans lesquels son traitement pouvait être utile; et quoique dès cette époque Dutrochet et Raspail eussent étudié l'endosmose et l'exosmose à des points de vue différents et remplis d'intérêt, il ne sut pas en faire l'application à l'organe oculaire et spécialement au cristallin, ce vrai parasite qui *vit* et *meurt* sous l'influence des liquides ambiants. — Il ne sut point comprendre davantage l'influence de la circulation capillaire, et notamment l'influence d'une circulation capillaire et débilitée par l'âge, par la chlorose, l'anémie, et d'autres maladies, sur les milieux qui enveloppent le cristallin.

J'avais lu le travail de Gondret, j'avais assisté chez Lisfranc à quelques heureuses expérimentations, et, de 1830 à 1834, je fis à Nantes, tout à fait sans bruit, mais avec persévérance, d'inutiles tentatives pour arriver à un traitement médical des cataractes. J'avais abandonné toute pensée d'améliorer au début l'état des cataractes, toute pensée surtout de faire *rétrocéder* les cataractes plus franches, plus caractérisées, quand j'eus occasion de voir plusieurs malades soignés par Gondret. C'étaient des personnes âgées, atteintes de cataractes séniles, si l'on veut, mais qui avaient été soumises aux influences des lieux et de la constitution.

Mes confrères me disaient : *Jamais les cataractes de ces malades n'ont été plus évidentes.* Les parents de ces malades me rapportaient *qu'ils étaient guéris*. Je vis de mes yeux et je reconnus que les deux opinions étaient relativement très-fondées. — Les cataractes étaient jaunes, brunes ou noirâtres, une surtout avait ce caractère; mais elles étaient atrophiées *en apparence*, parce qu'*en réalité* les couches corticales n'existaient plus. Elles s'étaient ramollies, elles étaient devenues liquides, et le traitement de Gondret les avait fait résorber. Il en était résulté une vision *périsphérique* autour de cristallins étroits. Dans quelques cas, du reste, je l'ai constaté depuis, cette vision a lieu sans que les couches corticales soient détruites; il suffit qu'elles aient récupéré leur première transparence ou un degré suffisant de transparence. Bien plus : la nature elle-même peut produire ce que le traitement de Gondret avait produit ; c'est

ce que j'ai constaté à Nantes chez le beau-père du ministre actuel de l'intérieur, dans les dernières années de sa vie; c'est ce qui a lieu chez les malades dont la cataracte tombe d'elle-même et se déplace en marchant ou à la suite d'une chute.

Ces faits, et j'en vis plusieurs, un surtout très-intéressant, me donnèrent à réfléchir. Vers le même temps, Bourgeot Saint-Hilaire adressa à l'Académie ses réflexions sur l'endosmose des tissus oculaires, et je résolus de reprendre mes expérimentations. J'étais alors médecin en chef des douanes, et mon infirmière devenait aveugle. D'un côté à l'autre de la rue elle ne distinguait plus les personnes, au grand jour surtout elle voyait très-mal. Ses pupilles cependant étaient très-mobiles; dilatées, elles me permirent de reconnaître deux cataractes très-évidentes, mais visibles sans ce moyen.—Je n'eus pas recours au traitement que je mets en usage aujourd'hui : j'employai seulement huit ou dix ventouses sur le cou, parce qu'il y avait des maux de tête, puis deux frictions par jour sur le front et les tempes avec un liniment ammoniacal. Ce traitement dura un mois et demi; la maladie fut *arrêtée* et *rétrocéda*. Il y eut guérison complète aux yeux de la veuve Mouilleron, mon infirmière, et, pour moi, état stationnaire d'une cataracte à son début. Le bénéfice de ce traitement a duré *seize ans*, au bout desquels les cristallins ont bruni. Je me proposais de recourir à l'opération, lorsque cette femme est morte presque subitement, à l'âge de soixante-douze ou soixante-treize ans.

Qu'opposent à ce fait et à bon nombre de faits pareils qui n'ont pas besoin de commentaires les adversaires du traitement médical des cataractes? — Ils disent : Nous avons essayé et nous avons échoué. Je réponds : Pendant quatre ou cinq ans j'ai essayé, mais médiocrement et dans de mauvaises conditions, et j'ai échoué; mais j'ai recommencé et j'ai réussi. — Et puis, ajoutent-ils, êtes-vous bien sûr d'avoir eu affaire à des cataractes? Aviez-vous à votre disposition un diagnostic scientifique?

Je pourrais répondre mille choses à cette objection : sans être arrivé, dès 1840, comme je suis arrivé aujourd'hui, à pratiquer chaque année de deux cents à deux cent cinquante opérations graves, je dépassais cependant le chiffre de quatre-vingts. Toutefois, il y a une réponse plus digne et plus scientifique encore, c'est que la statistique des aveugles, dans les Annales du Bureau des longitudes, soit un grand argument en notre faveur. Je vais donc exposer une série de faits *nouveaux*, pour chacun desquels l'ophtalmoscopie a été pratiquée soit à la lumière solaire, ce qui est le mieux pour les cataractes, soit avec une lumière artificielle et l'instrument de l'Allemagne.

Obs. I. M. N.., employé supérieur, est désolé, il ne voit plus à lire; sa place, ses affaires privées le préoccupent, et il vient me trouver; voici son état :

Sur un œil, un albugo presque central qui produit des phénomènes de diffraction très-gênants. Il a pris l'habitude de se servir de l'autre. Du second œil, les lignes sont moins noires. Si un clocher se montre au loin, il en voit deux : le vrai clocher et un clocher pâle. S'il trace une ligne avec le crayon, il y a diplopie; souvent il en voit trois. Il est très-presbyte, dit-il, et se sert du nº 10.

La pupille est extrêmement mobile.

Au demi-jour, il croit voir un peu mieux qu'au grand soleil.

Les phosphènes sont parfaitement perçus.

Le cristallin examiné à la lumière solaire, et avec une double loupe, offre une couche sous-capsulaire inégale très-opaline.

La capsule est lisse dans toute sa surface externe.

Malgré le trouble sous-capsulaire, le cristallin se laisse très-bien pénétrer d'avant en arrière par la lumière solaire et par la lumière artificielle. Je n'y remarque aucun point de coloration; toutefois, le trouble cristalloïdien nuit à l'examen de la rétine. La choroïde est engorgée; il y a une congestion habituelle dans cet organe.

Diagnostic. — Ramollissement des couches antérieures du cristallin. Cataracte au début.

Pronostic. — Amélioration possible et même facile. La maladie s'arrêtera et rétrocédera, mais il y aura augmentation de la presbytie. L'aspect de la partie opaque indique que le corps qui trouble la vision est mou; il faudra sa résorption pour qu'il y ait du mieux.

Traitement.— Par des motifs particuliers, M. N... veut éviter les marques au front. J'applique successivement cinq très-fortes vésications : une derrière chaque oreille, une sur chaque tempe, une sur le sommet de la tête, ces cinq vésications en sept jours. Quatre ventouses de 60 et 70 millimètres sont appliquées entre les épaules et sur le cou, chacune pendant un quart d'heure et d'une façon cruelle. Je donne à l'intérieur l'iodure de potassium et le chlorhydrate d'ammoniaque, un décigramme de chaque par jour, à prendre aux repas dans la boisson.

Résultat obtenu.—Avec des lunettes nº 20, M. N..., qui a plus de cinquante ans, voit à lire et à écrire. Les clochers, les lumières lui paraissent à l'état naturel. Il ne voit plus sans lunettes une sorte de barre noire au milieu des titres, et il a pu continuer ses fonctions sans que son état ait été connu. Toutefois, M. N. est resté cataracté d'une manière incomplète et très-légère. Sa presbytie (je l'ai revu depuis son traitement) augmente; mais la sensibilité de l'œil à la lumière ne diminue pas, et la transparence des milieux, notamment du cristallin, aurait plutôt augmenté que diminué.

Obs. II. L'architecte de la ville de Nantes présente le même état aux deux yeux que M. N. Il m'est amené par mon confrère et ancien élève, le docteur Derostaing-Derivas, dont il est le beau-frère. Il y a, toutefois, cette différence dans les symptômes, que ce second malade, qui a plus de cinquante ans, est à peine presbyte; aucune lunette, du reste, ne lui va, aucune ne corrige et ne redresse les lettres d'un livre, aucune ne l'empêche de voir trois lignes ou deux lignes quand il n'en a tracé qu'une avec son tire-ligne. Les cristallins paraissent aussi plus solides que chez le malade de notre première observation; leur blanc est plus mat.

Diagnostic. — Suffusion blanche cristalloïdienne, sous-capsulaire surtout, plus prononcée en quelques points que dans d'autres.

Pronostic. — Je n'ai osé promettre ni l'arrêt ni la rétrocession de la cataracte.

Traitement. — Il a consisté dans les mêmes moyens que ci-dessus, mais il a duré deux mois pendant lesquels Mme D., qui soignait son mari, sous la direction de son frère, lui a appliqué au moins cinquante ventouses et de très-nombreux vésicatoires.

Résultat obtenu. — Notre architecte, qui ne pouvait plus dessiner, voit exactement comme il y a trois ou quatre ans. Il n'a nul besoin de lunettes. Je l'ai vu à plusieurs reprises, et encore le 3 novembre; or, il m'a paru que la transparence de ses cristallins avait encore augmenté. L'état des cristallins n'est plus visible, ni à un pas, ni même sans le secours d'une loupe, et le malade a obtenu une cure palliative dont la durée a de grandes chances, puisque la maladie a rétrocédé même depuis que M. D. a repris ses travaux habituels.

Je prie, en terminant, mes lecteurs de bien prendre garde à la réserve de mes paroles. Je ne dis pas : Il est possible, avec une thérapeutique convenable, de *guérir les cataractes* . Loin de moi cette erreur ; mais je dis : Il est possible et souvent facile, avec une thérapeutique convenable, de procurer aux malades une cure palliative par l'arrêt et la rétrocession de cataractes dont ils souffrent physiquement et moralement.

N'est-ce donc rien que de permettre à des ouvriers, à des chefs d'ateliers, arrivés à trente-six, quarante, cinquante ans, de prolonger leur vie de travail et d'efforts utiles à leur profit et au profit de leurs familles pendant huit, dix, douze et même seize ans ! ! !

Ne voulant rien laisser passer d'inétudié ou d'ambigu, je dirai que mon *pronostic* a été très-différent chez M. N... et chez l'architecte de Nantes. Il m'a toujours paru assez facile d'obtenir une prompte amélioration dans le cas de trouble opalin sous-capsulaire, quand ce trouble est dû à un épanchement, à une tendance au ramollissement des couches corticales ou à un ramollissement réel ; et très-difficile, au contraire, souvent impossible, d'obtenir une amélioration quand ce trouble était dû à une altération dont je ne connais pas au juste la nature et dans laquelle le cristallin conserve son volume et sa solidité. Le premier cas était celui de M. N..., le second n'était pas exactement celui de M. D..., architecte à Nantes ; mais je craignais de me méprendre.

Nos lecteurs remarqueront que chez M. N... le n° 10 corrigeait tant bien que mal la polyplopie. — Qu'est-ce que cela signifie ? — Deux choses distinctes. La polyplopie cristalloïdienne, car il y en a d'autres, représente l'inégalité dans les couches transparentes et

l'inégalité dans le trouble qui produit la cataracte ou le commencement de la cataracte.

Le n° 10, qui la corrige, correspond à la fois à l'épaisseur du trouble et à la presbytie. Chez M. D..., architecte à Nantes, il y avait aussi polyplopie, c'est-à-dire inégalité dans l'opacité; mais il y avait, de plus, impossibilité de corriger avec des lunettes cette polyplopie. Aucun numéro de presbyte n'allait au malade, ce qui, joint à la couleur de la cataracte, me disait que probablement les cristallins étaient solides, condition à mon sens très-défavorable.

Si l'on me demande maintenant comment j'ai appris à juger sur le vivant les troubles cristalloïdiens, je réponds : J'opère tous les ans un bon nombre de cataractes traumatiques, et j'ai employé le premier l'acupuncture de l'œil à travers la cornée 1° pour vérifier mon diagnostic sur certaines cataractes ; 2° pour luxer quelques cataractes solides et volumineuses adhérentes dans tout leur pourtour, que je me propose ensuite d'opérer par extraction ; 3° pour transformer des cataractes solides ou demi-molles en cataractes liquides plus faciles à opérer ; 4° pour pratiquer certains abaissements qui se font de la sorte avec une prodigieuse facilité et tout le brillant opératoire possible.

Ces faits ne sont pas nouveaux : j'en ai écrit à diverses reprises à l'Académie des sciences, notamment en 1847 et en 1857. M. Roux, dans le temps, m'avait promis un rapport. « Laissez faire, » me disait ce vieux maître avec une extrême bienveillance... J'ai laissé faire... au temps, et le vieux maître a quitté cette vie...

Mais, me dira-t-on, puisque le traitement médical a de si belles chances, guérissez donc les cataractes molles des aveugles-nés, des chlorotiques, des anémiques, des glycosuriques et des albuminuriques, sans recourir à l'opération.

Je réponds avec Venzetti : L'emploi des vésications ammoniacales sur les tempes suffit seul pour diminuer le trouble des cataractes des aveugles-nés d'une façon très-notable dans la première quinzaine, dans les huit premiers jours surtout ; mais si l'on prolonge ce traitement, il reste ce que volontiers j'appellerai le *caput mortuum* de la cataracte, un détritus, un débris de fibre qui, s'unissant aux deux capsules, forme quelquefois une cataracte étroite en tout semblable aux cataractes de ce genre que l'on rencontre chez les aveugles de naissance.

J'ajoute que si par des piqûres on ramollit le cristallin chez les aveugles-nés, il reste fréquemment aussi, quand on traite ces malades, après les piqûres, par les vésications ammoniacales, le même

caput mortuum que nous avons signalé, M. Venzetti et moi. Quant aux adultes chlorotiques, anémiques, glycosuriques et albuminuriques, il est encore plus indispensable pour eux que pour les enfants, si on veut les guérir de cataractes molles, que les deux capsules soient déchirées au centre. Mais à cette condition le traitement médical peut suffire à rendre une certaine somme de vision.

Nous croyons pouvoir reprendre maintenant la suite de notre exposé et revenir aux faits de cataractes qui se sont arrêtées ou qui ont rétrocédé sous l'influence d'un traitement médical.

Il en est plusieurs groupes très-différents sur lesquels l'expérimentation nous a éclairé. (*La fin prochainement.*)

Du traitement des fistules vésico-vaginales par des opérations non sanglantes. — Quatre observations de fistules, guéries par la cautérisation avec le fer rouge ou la galvano-caustique (1).

Nous avons indiqué l'époque à laquelle on devait tenter la première cautérisation, puis la manière dont elle devait être pratiquée; il nous reste à examiner maintenant l'intervalle qu'on doit laisser entre chacune de ces opérations.

Lorsqu'on se trouve en présence de divisions d'organes dont les troubles fonctionnels ont peu d'importance, les fissures du voile du palais, par exemple, on comprend que le chirurgien ne se hâte pas d'agir, et attend avec patience les effets de la rétraction cicatricielle provoquée par ses points de feu. Il n'en saurait être de même lorsqu'il a à combattre une perforation de la vessie ; non-seulement les inconvénients fâcheux, les douleurs provoquées par la déviation du cours des urines doivent l'inciter à intervenir de bonne heure, mais le succès de son traitement sera d'autant plus certain, toutes choses égales d'ailleurs, que ce traitement aura été conduit plus rapidement. L'influence des modifications subies par les tissus du vagin pendant la gestation en est le motif principal.

En thérapeutique, rien ne peut être préjugé, et tout doit être soumis à l'épreuve de l'expérience directe : elle seule peut prononcer sûrement sur la valeur des moyens ; or, les faits cliniques ne sont pas assez nombreux pour nous permettre d'être fixés encore sur l'intervalle qui doit être laissé entre les cautérisations. Il doit varier nécessairement suivant l'agent mis en œuvre, et si l'on tient compte seulement de l'époque de la chute des escarres, on peut dire que si un intervalle de quinze jours à trois semaines est nécessaire entre

---

(1) Fin. — Voir la livraison précédente, page 353.

les applications du crayon de nitrate d'argent, il devra être d'un mois à cinq semaines lorsqu'on aura eu recours au cautère actuel ou à la galvano-caustique. Dans la plupart des faits publiés, même celui de Delpech, qui comptait surtout sur les effets secondaires de l'inflammation, les cautérisations sont pratiquées de dix-sept à vingt jours d'intervalle, comme dans les observations de Dupuytren. Ainsi c'est donc à l'avivement des bords de la fistule, c'est-à-dire aux effets primitifs de la cautérisation, que les chirurgiens ont eu recours jusqu'ici. Ce mode de traitement n'a été efficace que dans les cas de fistules de petites dimensions. Le fait de Delpech prouve que, alors même que la plaie admet l'extrémité du doigt indicateur, on peut espérer la guérir par la cautérisation. D'après les judicieuses remarques de ce chirurgien sur l'action rétractile du tissu inodulaire les praticiens devront attaquer spécialement l'angle de la solution de continuité et agir exclusivement sur la portion vaginale. Seulement, comme il importe de faire marcher le traitement le plus rapidement possible, ils cautériseront dans la même séance les deux angles de la fistule.

Lorsque la solution de continuité de la paroi vésico-vaginale dépassera les dimensions de celle guérie par Delpech, devra-t-on tenter l'emploi de ce traitement ? La cautérisation étant un des moyens les plus inoffensifs dont dispose la médecine opératoire, et l'action de cet agent ayant toujours pour résultat éloigné de rétrécir l'ouverture des fistules vésico-vaginales, on comprend que ce doit être par ce mode de traitement qu'on devra débuter, toutes les fois que les solutions de continuité ne sont pas assez petites pour qu'on puisse en abandonner la guérison à la spontanéité de l'organisme, aidé, ou non, de l'action du pessaire ; ou assez considérables pour devoir recourir de préférence aux procédés autoplastiques.

Quoique les observations suivantes ne viennent pas trancher tous les points de pratique que nous venons d'aborder, nous ne croyons pas moins devoir les publier. L'efficacité de la méthode elle-même a été contestée par un grand nombre d'auteurs classiques ; ainsi rappelons-nous l'assertion de Vidal (de Cassis) : « *Pas de guérisons par la cautérisation seule.* » Il nous importe donc de prouver tout d'abord le peu de fondement de ce jugement, et, après avoir témoigné par des faits incontestables de la valeur de la cautérisation, les chirurgiens seront peut-être amenés à reconnaître la justesse de quelques-unes des remarques que nous avons émises, quant au point de la fistule sur lequel doit porter l'action du caustique, et à l'intervalle qui doit être mis entre chacune des opérations.

Nous devons la communication des deux premières observations à M. le docteur Harveng, de Manheim, qui les a recueillies en 1820 et 1822, époque à laquelle il suivait la clinique de Dupuytren.

Obs. I. *Fistule vésico-vaginale récente occupant le bas-fond de la vessie; quatre cautérisations avec le fer rouge.— Guérison.*—Marie Barneux, âgée de trente-six ans, d'une bonne constitution, accouche pour la cinquième fois, au mois de décembre 1820, d'un enfant mort-né. La parturition fut très-laborieuse et d'une longue durée; elle se termina toutefois sans l'intervention du forceps. Les parties génitales avaient été fortement contuses, et, trois semaines après son accouchement, cette femme s'aperçut qu'une partie des urines s'échappait par le vagin. Sous l'influence de la déviation du cours des urines une inflammation de la vulve se manifesta, et assez intense pour que cette femme ne pût vaquer à ses occupations de domestique et fût renvoyée de son service. Dans ce triste état, elle s'adressa à plusieurs praticiens qui, méconnaissant la nature de l'affection, se bornèrent à lui prescrire des bains froids et des médicaments fortifiants. Enfin elle vint à la consultation de l'Hôtel-Dieu, et l'examen des parties, au moyen du spéculum, permit à Dupuytren de reconnaître une fistule dont l'ouverture, du diamètre de deux lignes, était située à un pouce environ en arrière du col de la vessie. Ce chirurgien fit admettre la malade dans son service. Les bords de la fistule étant calleux, il crut devoir attaquer tout d'abord la lésion avec le fer rouge.

Le 15 juin 1821, une première cautérisation fut pratiquée avec un cautère en forme de haricot. Pendant les trois premiers jours il ne s'écoula point d'urine par le vagin; mais passé ce laps de temps, sous l'influence de la détuméfaction des bords de l'ouverture de la fistule, l'écoulement du liquide reparut. La malade resta dans cet état jusqu'à la fin du mois.

Le 5 juillet, une nouvelle cautérisation fut pratiquée avec le même cautère; elle offrit un résultat semblable à celui de la première opération, seulement, lorsque l'écoulement de l'urine reparut après le troisième jour, la quantité du liquide formait à peine la sixième partie de ce que la malade perdait lors de son entrée dans le service. Une sonde de gomme élastique, que l'on avait placée à demeure dans la vessie, a été laissée ouverte; sa présence finit par provoquer de telles douleurs vésicales qu'il fallut l'enlever le 11 juillet.

Le 17, il s'échappait à peine quelques gouttes d'urine par la fistule, lorsque, sous l'influence d'efforts musculaires que fait la malade, pendant la journée du 19, la cicatrice encore récente des bords de la solution de continuité se rompt, et l'urine s'écoule en plus grande quantité.

Le 24 juillet, Dupuytren a recours à une troisième cautérisation; mais pour la pratiquer, au lieu de se servir du cautère en forme de haricot, il fait usage d'un instrument de forme conique, afin d'agir plus profondément sur toute l'étendue du trajet de la fistule. Douze heures après l'opération, on introduit une sonde de gomme élastique, dont la présence cause encore des douleurs et des besoins d'uriner assez fréquents. Comme la malade continue à rendre toujours quelques gouttes par le vagin, on laisse la sonde ouverte jusqu'au 3 août, époque à laquelle on retire l'instrument. Dès ce moment la malade éprouve moins de ténesme vésical.

Des affaires de famille forcent la malade à quitter l'hôpital, mais elle y revient le 27 août, présentant le même état que lors de sa sortie, c'est-à-dire perdant toujours une petite quantité d'urine par le vagin. Dupuytren lui pratique une

quatrième cautérisation le jour même ; seulement, au lieu de faire placer la malade sur le dos, il la fait coucher sur le ventre, position dans laquelle la lésion de la paroi vésico-vaginale est plus apparente. L'ouverture fistuleuse n'a plus alors que les dimensions d'une tête d'épingle. La cautérisation est exécutée avec le cautère conique. Deux jours après, la quantité d'urine qui s'écoule par le vagin est si faible que la malade demande à quitter de nouveau l'hôpital, promettant de revenir si l'amélioration qu'elle éprouve ne persiste pas. On cède à son désir.

Environ quatre mois après, vers la fin de décembre, Marie Barneux se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu, afin de faire constater qu'elle est complétement guérie. Peu de temps après sa sortie, dit-elle, tout écoulement d'urine a cessé, et il ne lui restait plus de son infirmité qu'un besoin fréquent de vider sa vessie.

Un examen attentif, pratiqué avec le spéculum et la femme couchée sur le ventre, permet à Dupuytren de constater la réparation complète de la cloison vésico-vaginale.

Dans cette observation, les bons effets de la cautérisation sont incontestables, et si des cas nombreux de guérisons semblables existaient dans la science, il ne serait jamais venu à l'esprit d'aucun critique de contester la valeur de ce traitement.

Dans ce cas, nous voyons Dupuytren agir d'abord sur toute l'ouverture vaginale de la fistule en se servant d'un cautère en forme de haricot ; puis, lorsque la lésion a diminué d'étendue, faire usage d'un instrument de forme conique, afin d'attaquer toute l'étendue du trajet de la solution de continuité.

L'intervalle entre les cautérisations a été d'environ trois semaines, puisque les quatre cautérisations ont été pratiquées aux époques suivantes : 15 juin, 5 juillet, 24 juillet, 27 août. Le mois d'intervalle laissé entre les deux dernières cautérisations est dû à la sortie temporaire de la malade.

Enfin une dernière remarque aura trait à la position que Dupuytren a fait prendre à cette femme, afin de découvrir plus facilement l'ouverture de la fistule. Cette position sur le ventre, nous la trouvons signalée aussi dans le Traité de médecine opératoire de M. Velpeau ; pour nous, elle ne présente pas seulement l'avantage de rendre la lésion plus apparente, mais surtout elle prévient tout écoulement d'urine par l'ouverture fistuleuse pendant la durée de l'opération et assure ainsi l'action plus complète du cautère. Toutes les fois qu'il est possible d'atteindre la fistule, en faisant coucher la femme sur le ventre, on doit donc le faire, surtout lorsqu'on met en œuvre le cautère actuel, qui s'éteint rapidement.

Obs. II. *Fistule vésico-vaginale située au bas-fond de la vessie ; une seule cautérisation avec le fer rouge. — Guérison.* — Anne Bourgogne, âgée de vingt-huit ans, de chétive constitution, accouche pour la seconde fois en 1824.

Le travail fut long et laborieux, puisque le quatrième jour seulement cette femme fut délivrée au moyen du forceps. L'enfant mourut peu de temps après sa naissance. Dès le lendemain de son accouchement, la malade s'aperçut qu'un tiers au moins de ses urines s'écoulait par le vagin. Cette déviation du cours des urines entretint une inflammation si vive des parties génitales, que plusieurs mois après, le 25 juillet, la malade se présentait à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour y être traitée spécialement de cet accident.

Dupuytren, à l'aide du spéculum, constate une fistule, large environ d'une ligne et demie, située en arrière, au point où le bas-fond de la vessie se trouve en rapport avec le col de l'utérus. Il fait entrer la malade dans son service et, deux jours après, il procède à la cautérisation de l'ouverture fistuleuse.

Dès que le spéculum est introduit, il engage la malade à faire des efforts pour uriner ; on voit alors un jet d'urine tomber sur la paroi postérieure de l'instrument. Après avoir attendu quelques instants que la vessie se soit vidée, l'habile chirurgien cautérise l'ouverture fistuleuse, à l'aide d'un fer rouge de forme conique. Immédiatement après l'opération, l'urine cesse de suinter dans le vagin. Une sonde en gomme élastique est placée à demeure dans la vessie, et, pendant les deux premiers jours, elle donne issue à toute l'urine excrétée.

Le 6 août, la malade, pour la première fois depuis la cautérisation, rend quelques gouttes d'urine par le vagin. La sonde commence à s'incruster de plaques calcaires et provoque du ténesme vésical et des envies fréquentes d'uriner : on l'enlève. Le lendemain, la malade quitte son lit et se promène longtemps dans la salle, aussi l'urine coule en plus grande abondance par le vagin. Toutefois, son état s'est bien amélioré, puisque depuis la cautérisation l'écoulement, qui était continuel, est devenu intermittent. Dupuytren lui fait reprendre le lit.

Le 13, on réapplique une sonde à demeure, qui provoque de nouvelles envies d'uriner. Le volume de l'instrument est un peu faible, l'urine s'écoule entre la sonde et le canal de l'urètre ; on lui en substitue une d'un plus fort diamètre ; dès ce moment, l'urine cesse de couler par la fistule.

Le 27, les douleurs provoquées par la sonde sont assez intenses pour forcer le chirurgien de garde à l'enlever. Le ténesme vésical cesse, mais quelques gouttes d'urine reparaissent dans le vagin.

Le 7 septembre, malgré l'absence de sonde à demeure, la malade ne perd plus d'urine pendant toute la durée du décubitus dorsal ; mais dès qu'elle se lève, il s'écoule toujours quelques gouttes d'urine par la fistule. On lui ordonne de rester couchée.

Le 5 décembre, aucune trace d'écoulement, même lorsque la malade se lève. Les promenades dans la salle lui permettent de retenir ses urines un plus long temps. On lui prescrit des bains froids, dans le but de triompher de l'irritation du col de la vessie.

Le 20 décembre, après un examen qui lui permet de constater la cicatrisation de la fistule, Dupuytren accorde la sortie de la malade.

L'intervalle de cinq mois qui sépare le moment de l'application du moyen thérapeutique de l'époque de la guérison porte à attribuer la plus large part du résultat à la spontanéité de l'organisme. Toutefois, nous devons faire remarquer que l'écoulement des urines par le vagin, qui avait lieu d'une manière continue lors de l'entrée

de la malade à l'hôpital, est devenu intermittent après la cautérisation de la fistule.

Une seconde objection pourra être présentée, quant au silence gardé sur la manière dont le chirurgien s'y est pris pour constater la guérison de la solution de continuité. Il paraît qu'aux yeux de la science, il ne suffit pas que les malades certifient leur cure et que les chirurgiens constatent la réparation de la paroi vésico-vaginale, il faut une démonstration plus complète encore. Nous dirons plus loin le moyen ingénieux employé par M. Nélaton pour prévenir toute contestation à l'égard de ces guérisons, et nous engageons les chirurgiens à le répéter désormais avant de publier leurs observations.

Ces deux observations inédites ne sont pas les seules cures obtenues par Dupuytren. Paillard en a publié deux autres; seulement le récit qu'il nous en a donné laisse beaucoup à désirer. Enfin, un témoignage dont on ne saurait contester l'autorité est celui de Samson. Dans ses Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale, ouvrage fait en collaboration avec M. Roche, le savant chirurgien dit : « Nous avons vu Dupuytren réussir, après trois applications de feu, à guérir une incontinence complète d'urine, occasionnée par une perte de substance disposée en forme de fente longitudinale qui partait de l'urètre, dont la paroi inférieure était complétement détruite, et s'étendait jusqu'au bas-fond de la vessie. » On le voit, quand même on serait forcé de s'en tenir aux faits recueillis à la clinique de Dupuytren, on y trouverait la preuve incontestable de la valeur de cette méthode.

Voici maintenant une courte analyse de l'observation publiée par Delpech dans le Mémorial du Midi (tome II, p. 474); nous mettrons en relief surtout le mode de cautérisation que ce chirurgien a mis en œuvre, et l'intervalle qu'il a laissé entre chacune de ses opérations, puisque ce sont les points spéciaux du traitement qui restent à déterminer.

Obs. III. *Fistule vésico-vaginale datant de dix-sept années. — Deux cautérisations au fer rouge, une avec le nitrate d'argent.—Guérison en cinquante-deux jours.* — B. R., femme d'une grande taille et d'une constitution robuste, est affectée d'une fistule vésico-vaginale à la suite de son premier accouchement, à l'âge de dix-huit ans. Toute la quantité des urines passait par le vagin et y déterminait des accidents déplorables. Sous l'influence du temps, la solution de continuité se rétrécit, et au moyen d'une éponge de toilette qu'elle portait dans le vagin, elle pouvait garder les urines pendant une heure ou deux. Malgré l'existence de cette lésion, cette femme devint enceinte plusieurs fois, et les parturitions n'ajoutèrent rien à l'étendue de la fistule : son diamètre s'accroissait par l'amaigrissement et par la nécessité de supprimer l'éponge pendant la suite des couches. Mais dès que les forces se restauraient, que

l'embonpoint reparaissait, la jeune femme rentrait dans son état habituel, qui lui était devenu supportable. Cependant, avec l'âge, cette femme maigrit; vers quarante ans, ce changement aggrava les incommodités de son état, et le désir de guérir se fit sentir de nouveau; mais des vicissitudes de fortune firent ajourner encore l'exécution de ses projets pendant huit ans. Alors elle se rend à Montpellier et se confie aux soins de Delpech.

Voici l'état des parties, après une durée de dix-sept années de la fistule : « Il existait au fond de la vessie, à un pouce en arrière de la symphyse pubienne, une ouverture capable d'admettre le doigt indicateur sans le moindre effort; les bords étaient épais, garnis d'un bourrelet inégal et de rides assez profondes : la disposition de l'ensemble était telle, que la pression exercée obliquement, de bas en haut, faisait recouvrir une partie de l'ouverture par deux mamelons assez saillants : tel devait être l'effet de l'éponge. »

Le 22 mai 1830, la première cautérisation est pratiquée. « Un cautère chauffé à blanc, disposé en fer de lance, épais et recourbé à son extrémité, est porté jusque dans l'ouverture de la vessie, en ayant soin de lui faire parcourir tous les points de la circonférence. Malgré nos précautions, nous ne pûmes éviter l'instillation de quelques gouttes d'urine, qui éteignirent promptement le cautère : nous en prîmes un second, et nous le promenâmes d'un main sûre dans le pourtour de l'ouverture vésico-vaginale. » Les accidents locaux et généraux eurent lieu, et sous l'influence de la tuméfaction des bords de la fistule. La plus grande partie de l'urine secrétée passait par la sonde introduite dans la vessie. Le cinquième jour, l'écoulement de l'urine reparut en abondance par le vagin.

Le dix-septième jour, nouvelle cautérisation. « Un seul fer rouge, engagé dans l'ouverture, se trouva la remplir en entier; aussi n'y jouissait-il d'aucune mobilité, tandis que la première fois les cautères avaient pu parcourir un cercle notablement étendu.

« Cette fois la sonde soutira la totalité des urines jusqu'au vingtième jour; elles reparurent ensuite au vagin pendant six jours, mais en petite quantité.

« Le trente-troisième jour, il ne passait plus rien par le vagin, même lorsque la malade faisait des mouvements dans son lit, ou qu'elle toussait.

« Cependant l'ouverture, bordée de grosses rides, n'était fermée que par l'application mutuelle de ces plis; lorsqu'on les écartait, on faisait encore couler l'urine.

« Le quarante-quatrième jour, les rides étaient fort aplaties; le contour de l'ouverture formait un ombilic au centre duquel un stylet à bouton pouvait encore pénétrer. » Un crayon de nitrate d'argent fut porté dans cette ouverture. Après cette cautérisation, l'urine cessa de distiller par le vagin, la sonde donnait passage à tout le liquide, et dix jours après on put supprimer l'instrument. Alors le toucher faisait sentir sur le point correspondant à la fistule une surface boursouflée, ridée, peu sensible au toucher. La réparation de la cloison était complète.

La malade, complétement guérie, est restée trois mois encore sous les yeux de Delpech, et lorsqu'elle dut enfin quitter Montpellier, « nous avons, dit-il, quelques jours auparavant, fait constater son état par plusieurs de ceux qui avaient assisté à l'opération et par un jeune médecin anglais très-distingué, le docteur Tarral. »

Nous n'avons pas hésité à reproduire les circonstances principales de l'observation publiée par Delpech, car la valeur de cette cure

a été contestée, sous le prétexte qu'en publiant ce fait, le savant chirurgien s'était laissé entraîner par sa théorie sur les *inodules*. Delpech dit bien : « Notre procédé est fondé sur des vues toutes différentes; son application est simple et facile, du moins en comparaison de celle des autres; une organisation nouvelle, résultat progressif de l'inflammation suppurative, devant amener la guérison, on l'attend sans sollicitudes et sans compromettre le succès. » Mais les détails que nous venons de rappeler prouvent que son procédé opératoire ne différait nullement de celui suivi par Dupuytren; tous deux avaient pour effet d'aviver le contour de la fistule, et de rendre possible l'adhésion consécutive des bords de l'ouverture. Mais si le fait fourni par Delpech est une preuve que les propriétés du tissu cicatriciel ne sont pas indispensables pour le résultat thérapeutique, il n'en vient pas moins confirmer la puissance de la cautérisation comme traitement curatif des fistules vésico-vaginales même d'une longue durée, lorsque toutefois la perte de substance n'est pas très-considérable.

Ce n'est pas que nous contestions la valeur de la théorie de Delpech; nous nous bornons à faire remarquer que le mode opératoire qu'il avait adopté, et l'intervalle de dix-sept jours qu'il avait laissé entre ses deux cautérisations au fer rouge, n'étaient pas en rapport avec son principe. Pour faire bénéficier les malades des propriétés physiologiques du tissu cicatriciel, il aurait dû adopter la pratique de M. J. Cloquet, et agir seulement sur les angles de la solution de continuité et à de très-longs intervalles.

Voici un dernier fait que nous empruntons à la thèse récente d'un élève de M. Nélaton, M. Démétropoulos; nous le publions afin de témoigner de la possibilité de pratiquer les cautérisations avec la galvano-caustique, puis des avantages qu'il y a à éloigner chacune des opérations.

Obs. IV. *Fistule vésico-vaginale occupant le bas-fond de la vessie; trois applications de la galvano-caustique a longs intervalles ; guérison.* — La nommée D..., femme bien constituée en apparence, ne put être accouchée qu'avec l'application du forceps; le travail de l'enfantement dura quarante-huit heures, et l'extraction du fœtus fut faite vingt-quatre heures après la rupture de la poche des eaux. Sept jours après, la femme se sentit mouillée; elle l'attribua d'abord aux lochies, mais plus tard elle s'aperçut qu'elle n'avait plus d'envies d'uriner et que le liquide qui coulait par le vagin avait l'odeur urineuse. Voyant son état empirer de jour en jour, elle se décida à entrer à l'hôpital des Cliniques, en 1855. M. Nélaton, l'ayant examinée avec soin, reconnut une fistule vésico-vaginale, dirigée transversalement et située à 1 ou 2 centimètres au-dessus du col de la vessie. La perte de substance avait transversalement l'étendue de 2 centimètres 1/2, d'avant en arrière; la malade perdait toutes ses urines par le vagin, et cela dans toutes les positions qu'elle prenait.

Fidèle à ses principes de sagesse et de prudence, M. Nélaton ne voulut soumettre d'abord la malade qu'à l'expectation prolongée. Au bout de deux mois, la fistule parut être améliorée, et à ce point que la femme demanda sa sortie, l'écoulement des urines étant très-peu marqué et incommodant à peine la malade. Mais quelque temps après, sans aucune cause appréciable, il y eut aggravation dans son état, et la malade entra de nouveau à l'hôpital.

M. Nélaton, avant de faire subir à la malade une opération grave, jugea à propos d'essayer la cautérisation et, dans le cas où ce moyen aurait échoué, il se réservait de prendre un parti; après trois cautérisations répétées, l'urine reprit son cours naturel, et la femme s'est trouvée guérie de son infirmité à peu de frais. Chaque cautérisation était suivie d'une suppression complète des urines par la voie anormale, comme cela arrive presque toujours. Après la disparition de l'inflammation et la chute de l'escarre, il n'y eut pas une amélioration notable, mais, dès la deuxième cautérisation, l'amélioration était bien marquée et la guérison de la fistule prit le dessus. La malade commençait déjà à avoir quelques envies d'uriner et à pouvoir même expulser une quantité plus ou moins grande de liquide par l'urètre. Cependant elle en perdait toujours par le vagin. Enfin, la guérison complète n'ayant pu être encore obtenue, on a eu recours à une troisième cautérisation qui, cette fois, produisit la guérison définitive de la fistule. Le temps qui s'est écoulé depuis la première cautérisation jusqu'à la guérison définitive est de trois mois ; l'intervalle que l'on a mis entre chaque cautérisation était d'un mois.

Pour s'assurer d'une manière incontestable de la guérison radicale de la fistule, M. Nélaton a injecté du lait dans la vessie, sans en voir suinter une goutte dans le vagin, et enfin il a introduit dans le vagin un tampon de charpie imbibée de cyanure de potassium et de fer, en même temps il a injecté dans la vessie un sel de sesquioxyde de fer, sans qu'il y ait eu coloration violette de la charpie.

Depuis la sortie de la malade, M. Nélaton a eu occasion de revoir cette femme et de s'assurer que sa cure se maintient.

M. Démétropoulos a oublié de nous signaler dans son récit l'agent dont M. Nélaton s'est servi pour pratiquer ses cautérisations ; or, la galvano-caustique, employée dans ce cas, est un moyen assez nouveau pour qu'on ne néglige pas d'indiquer lorsqu'elle est mise en œuvre; nous réparons donc son omission.

Dans cette observation, deux points doivent encore être mis en relief, l'intervalle d'un mois laissé entre chacune des cautérisations, puis le moyen ingénieux employé par le sagace chirurgien pour constater la réparation complète de la cloison vésico-vaginale.

Le nombre de faits que nous apportons à l'appui de la cautérisation est bien faible ; nous croyons cependant que ces quatre observations suffiront pour témoigner de la valeur réelle de la méthode. Le chiffre des succès augmentera dès que les praticiens se seront bien pénétrés des difficultés du problème thérapeutique, et qu'ils sauront mettre en œuvre les ressources précieuses que la galvanocaustique vient offrir pour faciliter le mode opératoire. Debout.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouvelle préparation de laudanum.

La variabilité dans la composition des laudanums que l'on rencontre dans les diverses officines, celui de Sydenham surtout, conduit M. Pauliet, pharmacien à Bordeaux, à conseiller un nouveau mode de préparation. Voici un extrait de la note qu'il publie dans l'Union médicale de la Gironde :

Je ne viens pas lever toutes les difficultés, dit M. Pauliet, mais proposer un moyen de fabrication qui m'a paru convenable, et qui pourrait rendre identique le laudanum de toutes les pharmacies. D'abord, au lieu de deux laudanums, je proposerai une préparation unique, titrée quant à sa matière extractive; on éviterait ainsi la confusion et des accidents, souvent regrettables, qu'une trop forte dose d'opium a occasionnés.

Pr. Opium de Smyrne............	2 kilogrammes.
Miel commun..................	6 kilogrammes.
Eau chaude à 15°.............	45 kilogrammes.
Levûre de bière.........	64 grammes.
Safran........................	500 grammes.

Laudanum à obtenir, 10 kilogrammes.

L'opium est choisi convenablement; on le coupe en tranches, on le malaxe avec une partie de l'eau chaude jusqu'à ce qu'on ait obtenu une bouillie liquide et bien divisée. Le miel est pareillement délayé avec le reste de l'eau chaude, et les liqueurs réunies dans un vase, additionnées de la levûre de bière, sont abandonnées à une température de 15 à 20 degrés centigrades. L'été me paraît le moment le plus favorable. La fermentation alcoolique ne tarde pas à s'établir, et, au bout d'un mois environ, elle est complète. Alors on passe le liquide au travers d'un linge en exprimant fortement, et on le distille. On retire 8,500 qui contiennent tout l'alcool et l'odeur vireuse de l'opium, et l'on évapore le résidu en consistance d'extrait au bain-marie ou à une douce chaleur.

Le safran est mis dans un appareil à déplacement et épuisé par le liquide alcoolique; alors on délaye l'extrait froid dans la teinture de safran, qui redissout les bases actives de l'opium et précipite la gomme.

Quelques jours de repos clarifient complétement le liquide, que l'on sépare ensuite par la filtration. Le laudanum est pesé, et son poids de 10 kilogrammes complété par de l'eau distillée.

100 grammes de ce laudanum contiennent toutes les parties ac-

tives solubles de 20 grammes d'opium brut, qu'on peut représenter par 10 grammes d'extrait. Il est donc titré au 1/10, et le médecin qui formule sait, en l'employant, la quantité d'opium qu'il prescrit.

En opérant ainsi, on évite le choix du vin qui offrait un dissolvant toujours infidèle et dissemblable, tandis que la fermentation, se produisant toujours dans les mêmes circonstances, nous montre un alcool constamment le même.

M. Pauliet supprime la cannelle et le girofle, parce qu'ils apportent une petite quantité de tanin inutile au médicament et qui le prive d'une proportion relative des bases de l'opium. Enfin, la quantité de safran est moindre, pour n'avoir pas de dépôt de polychroïte, mais suffisante pour saturer le liquide.

Moyen facile de préparer l'eau de Sedlitz.

Dans les pharmacies où il n'y a pas d'appareil de compression, on prépare ordinairement l'eau de Sedlitz en ajoutant à la solution de sulfate de magnésie et de bicarbonate de soude 13 grammes d'acide sulfurique étendu, dans la proportion de 2 grammes 50 centigrammes d'acide sur 10 grammes 50 centigrammes d'eau. Ce moyen présente toujours quelques difficultés, par suite de la subite effervescence qui se produit lorsqu'on ajoute l'acide sulfurique. Malgré la promptitude de l'opérateur à boucher la bouteille, il y a toujours un peu de perte dans le liquide.

Le *modus faciendi* suivant, que M. Brossard donne dans le Répertoire de pharmacie, lui paraît plus commode et surtout plus prompt, puisqu'il permet de préparer l'eau purgative au moment où on la demande.

On emploie une solution de sulfate de magnésie dans la proportion de 75 grammes de sel sur 100 grammes d'eau, de manière que la quantité à ajouter dans chaque bouteille se trouve représentée par le produit de 5 par le degré demandé. Ainsi, pour une bouteille à 45 grammes, on met 5 × 45, ou 225 grammes de la solution qui se conserve sans altération, ce qui permet d'en préparer une certaine quantité pour s'en servir au besoin. On peut se dispenser de peser la solution acide en se servant d'une fiole où une ligne tracée à une certaine hauteur indique le volume pesant 13 grammes.

On commence par mettre le bicarbonate de soude pulvérisé dans la bouteille ; on ajoute la quantité demandée de la solution saline, ensuite de l'eau, et l'on termine par la solution acide. L'effervescence ne se fait pas instantanément, ce qui donne à l'opérateur tout le temps nécessaire pour boucher convenablement la bouteille.

Formules contre l'eczéma du nez.

Voici les diverses formules que M. le professeur Trousseau préconise dans le traitement de l'eczéma du nez :

Lotions saturnines.

Sous-acétate de plomb liquide......	50 grammes.
Eau de puits.....................	500 grammes.
Alcool à 25 degrés...............	25 grammes.

Mêlez.

Lotions sulfureuses.

Sulfure de sodium................	15 grammes.
Eau distillée....................	150 grammes.

Dissolvez.

Une cuillerée à bouche de cette solution est versée dans un litre d'eau très-chaude, que le malade renifle deux fois par jour.

Dans le cas d'eczéma prurigineux des narines, M. Trousseau dit s'être bien trouvé aussi de l'emploi du magma de bismuth ainsi composé :

Sous-nitrate de bismuth...........	10 grammes.
Mucilage de pepins de coing.......	Q. S.

Donnez à la mixture la consistance d'une bouillie épaisse. L'emploi de la glycérine nous paraît préférable à celui du mucilage.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observations de dysurie et de rétention d'urine, guéries par l'emploi du sulfate de quinine à haute dose.

L'action locale de la médication quinique sur les organes génito-urinaires est une question qui, bien que soumise depuis longtemps déjà à l'étude des expérimentateurs, est loin encore d'être résolue. La masse des praticiens croit à une influence fâcheuse du sulfate de quinine sur la vessie, et récemment encore notre confrère M. Brun venait appuyer les assertions de M. Ségalas à cet égard. Permettez-moi de venir à mon tour citer quelques faits tirés de ma pratique; ces observations, si elles ne conduisent pas à faire adopter mon mode de traitement de la dysurie et de la rétention d'urine, prouveront du moins que le danger de l'action du sulfate de quinine sur le réservoir urinaire n'est pas aussi considérable que l'ont fait nos confrères. Voici mes faits; je débute par ceux de dysurie :

Obs. I. *Dysurie traitée avec succès par 50 centigrammes de sulfate de quinine.* — M. le docteur M... est sujet à la rétention d'urine. Depuis quelques jours, il

éprouvait dans l'après-midi un malaise accompagné de dysurie; attribuant ce malaise à l'état de la vessie, il se soumit à un régime sévère; néanmoins, le malaise et la dysurie se montraient régulièrement tootes les après-midi, pour disparaître vers le soir ; puis les urines reprenaient spontanément leur cours daas la nuit et pendant la matinée. Cet état durait depuis quinze jours. Un mouvement fébrile se dessina nettement; il voulait l'attaquer par le sulfate de quinine, mais croyant fermement que la médication ne pourrait qu'aggraver la dysurie et provoquer la rétention d'urine, il s'abstint. Cependant, fatigué par la fièvre, il se hasarde à prendre pendant trois jours 50 centigrammes de sulfate de quinine, divisés en plusieurs doses, rapprochées ; son étonnement fut grand de voir la fièvre et la dysurie disparaître complètement. Depuis cette circonstance, qu'il avait perdue de vue, je rencontre le docteur M...; nous causons, et je lui dis que j'avais de fortes raisons pour croire que l'élément fièvre pourrait bien être cause de beaucoup de phénomènes pathologiques dont nous ne trouvons la raison d'être que dans cet élément; c'est alors qu'il me raconta ce qui précède. Notre conversation l'a enhardi, et depuis, toutes les fois qu'il éprouve de la dysurie, il a recours immédiatement avec succès à la médication quinique.

Obs. II. *Dysurie traitée avec succès par 50 centigrammes de sulfate de quinine.* —M. le docteur L... vint me trouver, dans le courant de mars dernier, pour me prier de faire une incision à son méat urinaire. Il me dit qu'il venait de voir ce moyen préconisé dans son journal pour combattre la dysurie, et que, comme il est sujet à cette indisposition, il désire essayer de ce moyen. Je combattis cette pratique, qui me semblait indiquée seulement lorsqu'on veut donner passage à un calcul dont la dimension dépasserait le calibre du méat, mais non pour combattre la dysurie. Je l'engageai à me rendre compte de ce qu'il éprouvait; il me dit que le matin et pendant la nuit il est assez bien, qu'il urine assez facilement, mais que dans l'après-midi il éprouve du malaise, puis de la dysurie. En présence de ces accidents, il se voit menacé de la pierre et des opérations nombreuses qu'il lui faudra subir pour s'en débarrasser ; il est en proie à une démoralisation complète. Je cherche à le rassurer, appelant son attention sur l'intermittence des phénomènes qu'il éprouve ; je lui conseille d'essayer, pendant quatre ou cinq jours, l'emploi du sulfate de quinine, à la dose de 50 centigrammes, en plusieurs prises. Il n'ose céder à cet avis, tant il redoute les phénomènes d'irritation qu'on attribue à cette substance. Cependant il se décide : *melius anceps quam nullum* ; et quelques jours après il vient me voir et me raconte que ses craintes sont complètement dissipées. Le traitement que je lui avais conseillé avait triomphé des accidents qu'il éprouvait. La dysurie était donc provoquée chez ce confrère par une simple névralgie du col de la vessie, cause ou effet d'un état fébrile léger.

Obs. III. *Dysurie traitée avec succès par des doses de 50 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinine.*—M. D..., de Dax, âgé de cinquante-huit ans, célibataire, éprouve depuis quatre ou cinq ans des atteintes de dysurie, qu'il combat par un régime fort doux. Malgré sa diététique, il en est incommodé, principalement lorsque le temps est variable; ce qui a fait dire à son médecin que l'affection était de nature rhumastimale. Dans le courant du mois de février dernier, M. D... est atteint d'une rétention d'urine complète, précédée, pendant plusieurs jours, d'un ténesme vésical, plus intense le soir et la nuit que pendant le jour. Appelé près du malade, je pratiqu lo cathétérisme, puis j'administre 1 gramme 50 centigrammes de quinine, 25 centigrammes chaque heure ; il ne tarde pas à uriner naturellement et abondamment. Le soir, il a un accès de fièvre intense,

Il reste quinze jours sans ressentir d'autres souffrances ; mais, à cette époque, le ténesme vésical se montre de plus en plus intense, jusqu'à ce que la rétention d'urine éclate de nouveau. J'avais bien recommandé l'emploi de la quinine dès le début de la dysurie, mais M. D..., à l'exemple de beaucoup de malades inquiets, a interrogé les traités de médecine sur la valeur de la médication quinique. Il a vu signalée l'action irritante du sel quinique sur les organes urinaires et a refusé sa potion. Toutefois je suis appelé, toujours pendant la nuit ; je pratique le cathétérisme et j'éprouve, à la région prostatique, une résistance considérable. Je surmonte l'obstacle néanmoins, et je fais prendre 1 gramme de sulfate de quinine ; bientôt après les urines reprennent leur cours habituel. Depuis cette époque, M. D... a éprouvé plusieurs fois encore des ténesmes vésicaux, et chaque fois qu'il a eu recours au sulfate de quinine, pendant un ou deux jours, il en a toujours obtenu de bons effets. La promptitude du résultat a toujours été proportionnée aux doses, qui variaient de 50 centigrammes à 1 gramme, prises en deux ou trois heures.

Obs. IV. *Dysurie traitée avec succès par des doses de 1 gramme de sulfate de quinine.* — M. C..., de Saint-Julien-en-Born, âgé de cinquante ans, a été obligé de suspendre sa profession de forgeron, parce que depuis longtemps il était affecté d'une dysurie qui le fatiguait beaucoup. Cet accident devenait plus intense chaque fois qu'une fluxion hémorrhoïdaire se manifestait. Plusieurs médecins lui dirent que cette fluxion envahissait la vessie et qu'il fallait persister dans le traitement débilitant qu'il suivait sans bénéfice apparent. La dysurie se montrait chaque semaine pendant un ou deux jours, et surtout lorsqu'il prenait quelque boisson forte ou que l'atmosphère était variable ; bref, M. C... suivait depuis six ans un régime d'anachorète sans aucun résultat. Pendant les grandes crises de dysurie, survenait la rétention d'urine, qui se prolongeait plus ou moins. Lorsque ce malade vint me trouver, le teint était jaune, l'air triste et l'esprit démoralisé. Il n'osait pas sortir de chez lui, dans la crainte de faciliter la dysurie par l'exercice du cheval, seul moyen de transport dont puissent faire usage les habitants du Marencin. Il urinait avec peine, le pouls était fébrile, la peau chaude. Je lui conseille de prendre le soir même, avant de se coucher, 1 gramme de sulfate de quinine, en quatre doses, à une heure de distance. A sa grande surprise, il dormit très-bien et il urina deux fois plus abondamment qu'il n'avait fait depuis longtemps. Ce malade redoutait cette médication parce qu'il avait toujours entendu dire que la quinine était fort irritante, et comme sa maladie était de l'irritation, il devait en être fort incommodé. Ce ne fut que ma persistance qui le décida, non sans crainte. Il revint le lendemain pour me rendre compte du résultat de la médication, qu'il voulait, disait-il, continuer tout le temps nécessaire. En effet, il emporta une provision de sulfate de quinine. J'ai revu plusieurs fois ce malade à des distances assez éloignées, et il m'a dit que la dysurie était promptement suspendue par l'usage de la quinine.

Obs. V. *Rétention d'urine chez un nouveau-né combattue avec succès par le sulfate de quinine en lavement.* — L'enfant de Mme D... vint au monde avec des convulsions ; bientôt après cet enfant parut avoir la fièvre. Vingt-quatre heures après sa naissance, il n'avait rendu ni méconium, ni urines ; l'hypogastre était saillant, rénitent ; l'enfant poussait des cris lorsqu'on pressait cette région ; il vagit de temps en temps, et agite ses membres. Je prescris une solution de 30 centigrammes de sulfate de quinine dans 60 grammes d'eau, et j'en fais administrer une cuillerée à soupe dans deux cuillerées d'eau pour un lavement. La

personne chargée de donner le lavement n'en injecte qu'une cuillerée à café. A la troisième dose, l'enfant évacue le méconium. A huit heures du soir, c'est-à-dire trente-six heures après la naissance, il n'y avait encore aucune miction d'urine. Je fais continuer les lavements, mais avec une cuillerée à soupe de la solution; le quatrième lavement provoque la miction; l'enfant reste calme et dort toute la nuit. 60 centigrammes de sulfate de quinine avaient suffi pour amener ce résultat.

Quinze jours avant l'accouchement, la mère avait fait une chute. Depuis cette époque, elle croyait avoir un peu de fièvre chaque soir. Toutes les après-midi, l'enfant s'agitait beaucoup dans son sein; il est probable que pendant les quinze derniers jours de sa vie intrà-utérine, l'enfant participa à l'état pathologique de sa mère; dès lors il n'est pas surprenant qu'il présentât de la fièvre en naissant.

Obs. VI. *Rétention d'urine traitée et guérie avec 2 grammes de sulfate de quinine.* — Le nommé Payan, propriétaire cultivateur à Saint-Vincent-de-Paul, âgé de soixante ans, ressent depuis cinq ou six jours, dans la matinée, une grande difficulté pour uriner. Il rend très-peu de liquide chaque fois et éprouve du ténesme vésical. Pendant la nuit, les urines sont un peu plus abondantes. Chaque jour la difficulté augmente; enfin la rétention d'urine devient complète le 18 mars 1853. Pendant la période de dysurie, il éprouvait un picotement au méat urinaire; les hypocondres étaient très-douloureux. Le 18 mars, après être resté toute la nuit sans mictions, il se rend chez moi, où il arrive à dix heures du matin, ayant franchi les cinq kilomètres de distance qui nous séparent. L'hypogastre est tendu, le ténesme vésical est très-pénible. Je lui fais prendre chaque heure une cuillerée à bouche d'une potion de 120 grammes, contenant 2 grammes de sulfate de quinine. Je le garde chez moi pour constater ce qui va survenir. A la deuxième dose, toute douleur cesse; le malade peut rester assis. Il cause avec moi comme s'il n'était pas malade, et ne ressent plus le ténesme qui le forçait à faire des efforts. Après la troisième dose, il rend environ une tasse à café de liquide; à la quatrième dose, il urine une quantité semblable.

Le malade ne sait pas dire si, pendant les cinq jours qu'a duré la dysurie, il a eu de la fièvre; ce qui est certain, c'est que, pendant qu'il s'éloignait de chez moi, il a éprouvé en route un frisson très-fort, et qu'ensuite la chaleur est venue; qu'il a eu beaucoup de fièvre pendant toute la nuit, qu'il a même déliré, et que les urines n'ont repris leur marche accoutumée qu'après que le mouvement fébrile eut cédé, vers trois heures du matin.

Obs. VII. *Rétention d'urine traitée avec succès par le sulfate de quinine.* — Le nommé Brouillé, postillon, âgé de quarante-neuf ans, est atteint de rétentions d'urine fréquentes depuis quatre ans. Les médecins de Bordeaux et de Toulouse lui ayant dit qu'il n'y avait pas de guérison possible, il a dû apprendre à se sonder, ce qu'il a fait. Son service l'amène à Dax, où il est pris de son accident. Son indisposition se montre toutes les semaines; il se sonde pendant deux jours, puis les urines se rétablissent. Il n'en fut pas de même ce jour-là; il ne put parvenir à introduire sa sonde et me fit appeler. Il veut être sondé à tout prix; je lui conseille de ne pas trop se hâter de recourir à l'instrument, et de prendre préférablement la potion que je lui indique; mais le prix élevé de la préparation l'effraye. Je parviens à triompher de cet obstacle, et il fait usage d'une solution gommeuse de 120 grammes, additionnée de 2 grammes de sulfate de quinine; il prend deux grandes cuillerées chaque demi-heure, et urine très-naturellement dès la seconde dose. En présence de ce

résultat, il suspend aussitôt la potion, et jusqu'à cinq heures du soir, moment de ma deuxième visite, il avait uriné plusieurs fois. Malgré ces diverses mictions, Brouillé n'était pas complétement rassuré; il craignait la nuit. Je lui fis prendre le reste de sa potion, plutôt pour rassurer son moral que pour maintenir le cours des urines, car mes observations m'avaient appris à ne pas craindre une rechute si prompte. Le lendemain le malade ne ressentait qu'un peu de lumbago et des bruissements d'oreille. Il est parti quelque temps après pour Marmande, sa résidence ordinaire.

Obs. VIII. *Rétention d'urine par cause externe, guérie par deux doses d'un gramme de sulfate de quinine.* — Le nommé Norbey, de Terin, âgé de vingt-huit ans, employé dans les carrières de cette commune, était occupé à découvrir un bloc de pierre, quelques jours après les grandes pluies du mois d'avril 1856. Tout à coup, une masse de terre d'environ deux mètres cubes se détache du sol où Norbey travaillait; il veut éviter cette chute, et fuit; mais derrière lui se trouvait une brouette qui le fait tomber. La moitié inférieure de son corps se trouve prise sous cette masse. Les fesses, les lombes, le scrotum et l'abdomen sont très-fortement ecchymosés; le fémur est fracturé à son tiers inférieur. Dans ce choc la moelle épinière a dû éprouver une forte commotion. Le malade passe toute la nuit avec des syncopes complètes. Les intestins et la vessie étaient plongés dans la plus grande torpeur, car quarante-huit heures après, le malade n'avait ressenti aucun besoin d'évacuation. Cependant le temps était sans doute proche où ces besoins se feraient sentir, et n'étant pas à la portée du malade, je lui fis prendre le troisième jour 1 gramme de sulfate de quinine en quatre doses, une chaque heure. Tout était administré à neuf heures, et et à dix heures la vessie se réveille et les besoins d'uriner commencent à se manifester; mais la miction n'a pas lieu. On accourt le lendemain dès qu'il fait jour, pour me dire que le malade rompt ses liens, parce qu'il ne peut plus endurer les souffrances que lui fait éprouver le besoin d'uriner. J'envoie quatre doses (de 50 centigrammes chaque) de sulfate de quinine à prendre toutes les demi-heures, mêlé à du sucre en poudre. J'arrivais vers neuf heures. Une heure et demie après la quatrième dose, le malade remplissait un vase d'urine.

Cette rétention d'urine fut remplacée par une dysurie, qui persista aussi longtemps que l'état inflammatoire de tous les organes qui avaient été contusionnés,

Obs. IX. *Rétention d'urine guérie par 4 grammes de sulfate de quinine.* — Le nommé Margoulet, camionneur à Dax, âgé de cinquante-cinq ans, est atteint de rétention d'urine le 3 mai 1857. Il y a déjà une douzaine de jours qu'il éprouve une grande difficulté pour uriner; cependant il continue son travail. Dans la journée du 3, il vient me trouver, et me dit qu'il n'a pas uriné depuis la veille dans la soirée. Je lui conseille quelques diurétiques et lui recommande de revenir dans l'après-midi, s'il se trouvait dans le même état. Sa fille vint à six heures du soir me dire que son père souffrait beaucoup et qu'il n'avait pas encore uriné. Je prescris une potion avec 2 grammes de sulfate de quinine. La potion fut commencée à sept heures et quart; à huit heures et demie il n'avait pas encore uriné, mais il était plus calme. Il restait une cuillerée de la potion; je la fis prendre. J'ordonnai une nouvelle potion, qui fut commencée à neuf heures; à dix heures, il rendait deux litres d'urine. Il continue sa potion (une cuillerée toutes les heures); à trois heures du matin il urinait autant que la première fois; à neuf heures du matin il remplissait son urinoire aux trois quarts. A la suite de ces 4 grammes de sulfate de quinine, il n'a pas éprouvé d'autres accidents qu'un bruissement d'oreilles, qui n'a pas tardé à se dissiper.

Obs. X. *Rétention d'urine traitée d'abord infructueusement par les moyens ordinaires (sangsues, bains, purgatifs, et cathétérisme.)* —*Succès complet par le sulfate de quinine.* — Le nommé X..., propriétaire cultivateur à Janne, près de Saint-Sever, âgé de cinquante-cinq ans, vient aux bains thermaux de Dax pour se guérir d'une dysurie qui succéda à une gonorrhée. Son teint est jaune ; ce malade éprouvait depuis une vingtaine de jours un malaise qu'il attribuait à son écoulement. Je suis appelé le 27 septembre 1851. Il n'avait pas uriné depuis vingt heures. Je pratique le cathétérisme avec succès. Aussitôt après je fais prendre un purgatif qui amène des selles abondantes pendant vingt-quatre heures. Pendant tout ce temps la vessie resta vide ; par conséquent aucun besoin de ce côté. Le malade est très-faible, il veut prendre des aliments. Dans la nuit la vessie se développe de nouveau ; je le sonde dans la matinée. Je suis appelé de nouveau à neuf heures du soir, le malade ne peut plus y tenir. Je veux pratiquer le cathétérisme, mais je ne puis y parvenir, malgré toute la persistance dont le médecin est capable en pareille circonstance. L'hypogastre est rempli par la vessie, qui s'élève presque jusqu'à l'ombilic. Ne pouvant surmonter l'obstacle qui se trouve à la région prostatique, et craignant de faire une fausse route, je laisse le malade dans une anxiété extrême ; je prescris une application de sangsues et une potion avec 10 centigrammes d'extrait d'opium qu'il doit prendre pendant la nuit. Je revois le malade le lendemain à sept heures du matin ; il est très-souffrant, et n'a pas uriné ; la vessie est énorme ; je tente de nouveau le cathétérisme. Je persiste fort longtemps, mais sans plus de succès que la veille. Je dis au malade que je ne connais pas d'autre moyen que la ponction hypogastrique ; mais avant d'employer ce moyen extrême, je vais tenter un dernier effort avec une potion qui n'a jamais été employée, mais qui, je l'espère, réussira. (C'est le premier malade sur lequel j'ai expérimenté l'action de la quinine dans la rétention d'urine.) Je prescris une solution de 2 grammes de sulfate de quinine dans 120 grammes d'eau, à prendre à la dose de deux cuillerées à bouche toutes les demi-heures. A la troisième dose le malade urinait très-abondamment. Environ une heure après la cessation des accidents que nous venons de rapporter, le malade est pris d'un frisson très-fort, accompagné d'un mouvement fébrile intense ; c'est alors qu'il se croit perdu. Il me fait appeler. Je le rassure, et je lui fais prendre une nouvelle potion avec 2 grammes de sulfate de quinine, une grande cuillerée chaque heure. La fièvre diminue le soir pour ne plus reparaître. Néanmoins, pendant huit jours encore que le malade resta sous ma surveillance, je constate tous les jours, à dater de midi, qu'il éprouve un petit frisson puis un peu de fièvre, et pendant ce léger paroxysme, il se plaint de dysurie, qui disparaît avec l'accès de fièvre ; il ressentait cette indisposition déjà depuis vingt jours, avant que la rétention d'urine éclatât.

Obs. XI. — Margoulet, qui fait le sujet de l'observation IX, veut reprendre son travail le 6 mai ; le soir il se trouve très-fatigué ; le 7 il continue, mais depuis sept heures du matin il n'urine pas, et suspend tout travail vers deux heures de l'après-midi. Je lui fais prendre un pédiluve et un bain de siége ; à quatre heures, aucune miction n'ayant eu lieu, je lui fais prendre la potion avec les 2 grammes de quinine ; à huit heures il n'a pas encore uriné, et pousse des cris horribles ; il a même une syncope, il n'y peut plus tenir. Je fais renouveler la potion ; il en a pris la moitié sans aucun résultat, la vessie est très-développée ; il ne veut plus attendre et cependant il redoute le cathétérisme ; il se décide cependant. Il est couché de manière que le cathétérisme ne peut être pratiqué qu'avec la main gauche. Je sens un obstacle à 6 centimètres du méat

urinaire : il est surmonté; un second obstacle existe à l'extrémité inférieure du corps caverneux : j'en triomphe ; on dirait que l'algalie traverse un engrenage dans l'étendue de 6 centimètres; la portion membraneuse du canal est traversée facilement; un troisième obstacle existe à l'entrée de la vessie, dans la partie prostatique : il est franchi et l'urine coule sans amener une goutte de sang. Nous donnons issue à deux litres d'urine limpide et sans odeur.

Il achève la potion à dix heures ; à une heure du matin il urine spontanément, à six heures nouvelle miction.

Dans la matinée du 8 je constate un mouvement fébrile marqué, avec chaleur à la peau. Ces accidents se dissipent d'eux-mêmes.

Quoique je me sois engagé à m'abstenir de réflexions, afin de laisser aux faits toute leur force, qu'il me soit permis cependant de mettre en relief les résultats de l'action du sulfate de quinine dans cette dernière observation. Ici la rétention d'urine était symptomatique de rétrécissements multiples de l'urètre. Le cathétérisme n'a pu faire disparaître ces obstacles, et cependant, à dater de cette opération, le malade urine spontanément; or, dans les cas de rétention simple, on est habituellement obligé de répéter le cathétérisme deux ou trois fois par jour et pendant un temps plus ou moins long. Dans ce cas il n'en est rien : l'action du sel quinique a triomphé de l'orgasme de l'appareil urinaire. Dr Serres,

Médecin des épidémies à Dax.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Bons effets des ventouses sèches appliquées en grand nombre dans la fièvre typhoïde a forme thoracique. — On sait que l'ensemble des accidents qui, dans le cours de certaines fièvres typhoïdes, se manifestent du côté des voies respiratoires, à titre de phénomènes prédominants, constitue, de l'avis de tous, une des formes les plus graves de ces affections. Ces accidents sont certainement d'une nature particulière ; c'est en vain qu'on voudrait les rattacher à l'inflammation, c'est en vain surtout qu'on voudrait les combattre par des émissions sanguines ; bientôt épuisés par les pertes de sang, les malades manqueraient de force pour travailler à la résolution du travail morbide. Ces accidents se rapprochent, au contraire, des congestions, et c'est ce qui explique les bons effets, dans ces circonstances, des vomitifs répétés qui dégorgent les bronches de leurs mucosités et réveillent l'élasticité préliminaire, et des préparations de quinquina ; c'est ce qui explique aussi les succès que nous avons vu, dans ces derniers temps, M. Béhier obtenir à l'hôpital Beaujon des ven-

touses sèches appliquées en grand nombre sur la poitrine et surtout sur les membres inférieurs.

Ainsi que nous venons de l'indiquer, c'est principalement dans la fièvre typhoïde à forme thoracique et pour faire justice de ces derniers accidents que M. Béhier a eu recours à ce traitement; mais d'autres phénomènes graves de la maladie, somnolence, délire tranquille, surdité, paraissent aussi heureusement modifiés par ces applications répétées de ventouses.

Le nombre de ces ventouses sèches appliquées dans les vingt-quatre heures a varié, dans les faits dont nous avons été témoins, depuis vingt jusqu'à quarante, soixante et quatre-vingts, réparties en deux fois, moitié le matin et moitié le soir. Cette application du soir est nécessaire pour s'opposer au retour de la congestion détournée un moment par la dérivation déjà exercée le matin, et ce n'est pas trop de cette ténacité d'action contre une disposition aussi tenace.

Sous l'influence de ces ventouses, on observe souvent de très-larges ecchymoses qui se forment sur les membres, aux lieux où les verres sont apposés. Ces ecchymoses persistent pendant un certain temps plus ou moins long, et jamais nous ne les avons vues suivies d'aucun accident, bien que chez certains malades le nombre de ces ventouses ait été de 500 en dix jours. Jamais de gangrène, jamais de suppuration, jamais non plus de trouble dans l'économie. En revanche, la modification des accidents thoraciques est rapide : les râles diminuent dans la poitrine, l'oppression est sensiblement moindre, ainsi que le coma et le délire, lorsqu'il en existe; le pouls perd de jour en jour de sa fréquence, ainsi que la respiration; la face perd son caractère anxieux et sa coloration violacée; bref, tous les phénomènes qui annoncent l'approche de l'asphyxie s'éloignent de jour en jour, et avec eux le danger imminent qui menace les malades.

Nous tenons de M. Béhier que depuis qu'il a introduit dans son service l'emploi des ventouses sèches, suivant la formule que nous venons d'indiquer, la mortalité pour les fièvres typhoïdes à forme thoracique est tombée à zéro, et tel serait aussi le résultat d'expériences semblables faites par M. H. Bourdon, à l'hôpital Lariboisière. Dans les formes comateuses, l'utilité de ces ventouses ne paraît pas encore démontrée pour M. Béhier; il en est de même pour les formes ataxiques avec délire violent, contre lesquelles les préparations opiacées, à doses assez fortes, unies au musc, lui ont paru de beaucoup préférables.

Nous sommes loin sans doute de partager toutes les illusions de

M. Béhier en ce qui touche la certitude d'action de ce traitement; mais nous devons néanmoins recommander à l'attention des médecins un traitement aussi simple et aussi inoffensif pour les malades, alors surtout que la médecine est si désarmée contre les accidents thoraciques de la fièvre typhoïde. Si ce moyen réalise seulement la moitié des espérances de son auteur, la science et l'humanité lui devront beaucoup.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Fracture *de la mâchoire inférieure par l'application de la clef de Garengeot, dans un cas d'extraction dentaire.* La clef de Garengeot est un instrument très-puissant; mais, par cela même, il peut devenir un instrument très-dangereux entre les mains de certaines personnes. Cette puissance, en effet, quand elle n'est pas employée avec l'attention et la mesure convenables, peut avoir pour résultat des fractures du maxillaire inférieur. Et il ne s'agit pas ici de ces fractures légères et de peu d'étendue du bord alvéolaire, si communes, si inévitables ordinairement que, dans l'emploi de la clef de Garengeot, dit M. Malgaigne, l'habileté du dentiste consiste à briser le l'alvéole le moins possible. Le fait suivant, rapporté par M. A. Désirabode, est un exemple remarquable du danger dont nous parlons.

M. J. L..., souffrant de la première petite molaire gauche inférieure, se confie à son beau-frère pour se faire extraire cette dent. Au moment où l'instrument, mis en place, éprouve le mouvement de torsion tendant à renverser la dent du côté du panneton, le patient, cherchant à échapper à la douleur, se laisse glisser à terre; l'opérateur, sans lâcher prise, le suit dans ce trajet et, se mettant a genoux, continue le mouvement de rotation imprimé à la clef, sans réfléchir que cet instrument a pu se déranger et cesser d'être appliqué convenablement. Enfin, dans cette espèce de lutte, un craquement se fait entendre, la dent est devenue mobile, et le chirurgien, la croyant luxée, s'apprête à achever l'extraction avec une pince. Mais alors il découvre que, du même coup, il a fracturé, dit M. Désirabode, « toute la couronne qui forme le bord alvéolaire, depuis la première grosse molaire gauche jusqu'à la deuxième à droite, c'est-à-dire *sept dents encore implantées dans l'os*, et *deux autres dents*, deuxième petite et première grosse molaire, au niveau desquelles la fracture a eu lieu, ces deux dernières dents ayant été enlevées par l'instrument avec la face externe de leur alvéole et une partie de la face interne. » La consolidation de l'os fracturé fut tentée, et pour cela les pièces furent affrontées à l'aide de fils métalliques passés entre les grosses molaires; mais les moyens d'attache étaient insuffisants, l'or vacillait à chaque mouvement de la langue, et la consolidation n'eut pas lieu. Ce fut dans cet état que M. L... vint à Paris consulter M. Désirabode. La portion du maxillaire était flottante, noirâtre, presque complétement détachée de la gencive; il ne restait aucun espoir de consolidation. M. Désirabode n'eut d'autre parti à prendre que de détacher l'os fracturé, et, après la cicatrisation de la plaie, de placer une pièce artificielle.

C'eût été l'occasion pour traiter une telle fracture, ainsi que le fait remarquer le dentiste distingué qui rapporte ce fait, de recourir au procédé que M. Robert a employé avec succès dans un cas de fracture semblable, et dont il a lui-même rendu compte dans ce recueil (tome XLII). Nous rappellerons que ce procédé consiste dans l'emploi d'une plaque de plomb (ou mieux, de zinc ou d'argent, comme nous le proposâmes dans une note), exactement moulée sur la forme et la direction du bord lingual du maxillaire, et dépassant en arrière les fragments osseux. Cette plaque est fixée en place au moyen d'une anse de fil d'argent, aux deux chefs duquel on fait traverser le plancher buccal, l'un en arrière, l'autre en avant du maxillaire, pour les fixer ensuite sur un

rouleau de sparadrap, en ayant soin de les serrer par torsion jusqu'à ce que la plaque se trouve solidement assujettie.

M. Désirabode propose une modification à cet appareil. Elle consisterait à prendre préalablement le moule de la mâchoire à l'aide de cire très-molle, et à faire d'après ce modèle une plaque ou cuvette en platine, parfaitement adaptée aux dents et au bord alvéolaire, et qui serait munie de crochets, artistement ajustés, de la hauteur des dents, et destinés à embrasser celles-ci pour empêcher toute espèce de mouvements. (*Revue de thér. méd.-chir.*, Octobre.)

Iléus. *Nouveau cas de guérison par la glace.* Le fait suivant, rapporté par M. Ferreira, est un nouvel exemple des bons effets de la glace à l'extérieur dans le traitement de l'iléus.

Une femme de vingt-trois ans, ayant mangé le soir un peu plus tard que de coutume, éprouve à deux reprises, au milieu de la nuit, le besoin d'aller à la selle sans le satisfaire. Alors une violente douleur se fit sentir, surtout à l'épigastre, et voulant aller à la garde-robe, elle ne put expulser les matières fécales ni l'urine, malgré les plus grands efforts. L'anxiété augmenta, des vomissements suivirent, et la malade arriva à l'hôpital de San-José, de Lisbonne, sur les cinq heures du matin.—Des vomissements de matières fécales étant survenus, le chirurgien de service prescrivit : solution de sulfate de soude, quinze sangsues à l'épigastre, lavement purgatif, cataplasme sur le ventre, sinapismes et vésicatoires aux extrémités inférieures.

A la visite, violentes douleurs dans tout le ventre, mais surtout dans la fosse iliaque gauche; ventre ballonné, douloureux à la pression; pouls petit et fréquent; peau humide et froide; prostration extrême; face altérée, nausées, vomissements répétés d'un liquide jaune, suppression d'urine. (Huile de ricin, mixture purgative et antispasmodique; cathétérisme).

A neuf heures du soir l'état de la malade est empiré : prostration extrême, pouls presque imperceptible; la malade ne répond plus, mais accuse de la douleur à la pression de l'abdomen. (Application d'une vessie remplie de glace sur le ventre.) A minuit, le pouls se perçoit distinctement; la malade dit être soulagée. Continuation de la glace jusqu'à six heures du matin, époque à laquelle l'urine s'écoule spontanément.

A sept heures la malade est animée, le pouls est développé et un peu fréquent, la peau chaude, la voix claire, le ventre moins météorisé et moins douloureux. Nouvelle administration d'huile de ricin et d'un lavement purgatif, suivie immédiatement d'une première évacuation de matières, et bientôt d'une seconde. Soulagement notable ; ventre encore douloureux. La malade se rétablit rapidement et sort de l'hôpital le 12. (*Gaz. méd. Lisb.*, et *Journ. des Conn. médicales*, septembre.)

Luxation traumatique *de la cuisse datant de trois mois, réduite au moyen de l'extension continue.* L'application de l'extension continue à la réduction des luxations traumatiques anciennes, proposée il y a vingt-deux ans par MM. Humbert et Jacquiez, vient de recevoir une sanction expérimentale par le fait suivant, que M. le docteur Laforgue, chirurgien en chef de l'hospice Saint-Joseph de la Grave, à Toulouse, a publié tout récemment dans le Journal de médecine de cette ville.

Il s'agit d'un jeune garçon de treize ans, qui fut apporté à l'hospice de la Grave, à Toulouse, avec une luxation de la cuisse qui datait de deux mois, durant lesquels il était resté sans soin et sans secours. Une première tentative de réduction, faite par M. Laforgue, aidé de ses collègues, eut pour effet de ramener le membre dans sa direction et sa longueur normales; mais la réduction n'était sans doute pas complètement opérée, car, sous l'influence des mouvements nécessités pour le transport du malade dans son lit, la luxation se reproduisit.

Après quelques jours de repos, une seconde tentative eut les mêmes effets, c'est-à-dire rétablissement du membre dans son attitude normale, suivi presque aussitôt de la reproduction du raccourcissement et de la conformation vicieuse.

C'est après ces deux tentatives infructueuses que M. Laforgue, se demandant s'il fallait insister ou renoncer à obtenir la réduction, se décida, malgré l'opinion contraire des auteurs classiques, à faire une nouvelle tentative, mais en procédant autrement.

Les résultats des tentatives précédentes l'ayant convaincu que la tête du fémur, amenée par les tractions au niveau de la cavité cotyloïde et sur

un des points du rebord cotyloïdien, ne rentrait point dans la cavité, et que, sous l'influence des mouvements du membre, la tête remontait dans la fosse iliaque, M. Laforgue pensa que si le membre pouvait être maintenu pendant plusieurs jours dans la direction qui résultait de sa position incomplète, il serait possible que la tête du fémur, étant placée au niveau de la cavité cotyloïde, rentrât dans cette cavité lorsque l'obstacle ou la cause mécanique qui s'opposait à cette réintégration aurait disparu. Pour remplir cette indication, il fallait exercer l'extension continue : c'est la méthode qu'il mit en pratique ; voici de quelle manière :

Le 8 novembre il fut procédé à une nouvelle réduction, en prenant la précaution de la faire sur le lit où devait rester le malade, afin d'éviter les mouvements du membre, inévitables dans le transport. Au moyen de l'extension et de la contre-extension méthodiquement faites, on parvint à rétablir le membre dans sa position normale, et on s'assura, par la longueur du membre et sa direction naturelle, que la tête du fémur était descendue dans la région cotyloïdienne.

Pendant que les aides maintenaient le membre dans l'extension, l'appareil à extension permanente de Desault fut appliqué, et les liens extenseur et contre-extenseur furent serrés suffisamment, afin d'empêcher le déplacement de la tête du fémur. Pour l'assujettir dans la région cotyloïdienne, on appliqua dans l'aine, et au-dessous du lacs contre-extenseur, un coussin qui avait le double effet de garantir les parties molles de la pression du lacs, et de produire une compression plus immédiate. Cet appareil fut laissé en place pendant plusieurs jours. Durant ce temps, le membre conserva sa direction et sa longueur normales, et on remarqua que l'excès de longueur était moins marqué, malgré le soin qu'on avait pris de maintenir la constriction des lacs extenseurs, dont le relâchement était inévitable.

Le 14 novembre, le membre fut examiné (après six jours d'application de l'appareil). Il conservait la conformation et la rectitude qu'il avait dans le bandage; sa longueur était la même que celle du membre sain. Les mouvements modérés de flexion de la cuisse pouvaient être exécutés sans produire de la douleur. Le jeune malade, qui avait senti dans les mouvements imprimés au membre, que l'articulation coxo-fémorale était rétablie, demanda à être débarrassé du bandage. On plaça pendant quelques jours encore un appareil plutôt contentif qu'extensif, lequel fut enlevé définitivement le 20 novembre, M. Laforgue s'étant assuré à cette époque que la réduction était complète. Après quelques jours de repos, le malade se leva et marcha avec l'aide de béquilles; les mouvements, d'abord difficiles, ne tardèrent pas à se rétablir complètement. L'enfant a été revu plusieurs fois depuis, et on a pu s'assurer qu'il ne conservait plus de son ancienne luxation aucune gêne appréciable. (*Journal de médecine de Toulouse*, septembre.)

Ophthalmie *due à l'obstruction des conduits auditifs externes.* On connaît l'étroite relation qui existe entre les affections de l'oreille et celles de la gorge. Cette relation peut, jusqu'à un certain point, s'expliquer par les rapports de continuité qui existent entre ces deux organes, quand il s'agit du moins de l'oreille interne ; mais elle est déjà un peu moins facile à saisir lorsqu'il s'agit d'une affection du conduit auditif externe seulement. Ici on est bien obligé d'admettre une de ces relations sympathiques, très-obscures sans doute et fort peu compréhensibles, mais qui n'en sont pas moins réelles. C'est sans doute aussi à une influence sympathique de ce genre qu'il faut attribuer le fait suivant, rapporté par M. le docteur Bussehaert, médecin-major au 41e de ligne.

Le nommé N..., âgé de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatique, portait depuis plusieurs mois une ophthalmie de l'œil droit. Divers traitements avaient échoué, entre autres les collyres d'eau de roses et de sulfate de zinc, le vésicatoire à la nuque, etc. En raison du tempérament du malade, de la chronicité de l'affection et de la désorganisation de la conjonctive, M. Bussehaert crut à une maladie scrofuleuse générale que dénotaient d'ailleurs la bouffissure du visage, la rougeur et l'épatement des narines. Le malade, en conséquence, fut mis au régime des amers, de l'iodure à l'intérieur et des collyres au nitrate d'argent ; plus tard, des cautérisations furent faites à plusieurs reprises, mais le tout sans succès. De guerre lasse, on avait suspendu tout traitement, lorsque au bout d'une semaine une recrudescence se manifesta, mais cette fois sur l'œil gauche. On revint aux mêmes médications, qui,

au lieu d'amender les symptômes, les exaspérèrent. On avait alors à combattre une ophthalmie double. — Une révulsion énergique sur le tube digestif, puis l'administration du calomel jusqu'à production du ptyalisme produisirent une légère trêve de quelques jours, mais pourtant sans prévenir l'apparition de petites granulations sur les conjonctives.

Devant cette ténacité du mal on dut rechercher s'il n'existait pas une cause particulière qui aurait échappé jusque-là aux investigations diagnostiques. Interrogé derechef, le malade, dont la face n'avait cessé d'être vultueuse, apprit alors au médecin que la céphalalgie, habituelle chez lui, s'accompagnait d'un bruit de souffle tellement violent dans les oreilles, que le sommeil la nuit était souvent interrompu, et qu'au réveil il en résultait même parfois une surdité de plusieurs heures. L'examen des cavités auriculaires fit constater la présence d'une quantité considérable de cérumen épaissi, dont la présence prolongée, cause incessante d'irritation au fond d'une cavité intracranienne, près des carotides, pouvait bien être la cause des battements, de l'agitation, de l'insomnie, d'une congestion de la partie antérieure de l'encéphale avec irradiation aux globes oculaires et à leurs annexes. — Quelques gouttes d'huile d'olive, préalablement portées dans les deux conduits auditifs, permirent, le lendemain, à de légères injections d'eau tiède, de faire sortir sans difficulté deux énormes bouchons de cérumen, agglutinant ensemble des poils nombreux et des débris exfoliés de muqueuse. Dès ce moment, et comme par enchantement, tout le cortége des symptômes disparut : cinq ou six jours après, les yeux avaient repris leur aspect normal et leurs fonctions.

A moins d'admettre ici une pure coïncidence, d'autant moins probable que rien jusque-là n'avait paru faire espérer une guérison prochaine, on ne peut guère se refuser à reconnaître l'influence de la désobstruction des conduits auditifs externes sur la disparition de l'ophthalmie, et partant la relation qui existait entre l'état pathologique des oreilles et celui des yeux. Les faits de ce genre, bien que difficilement explicables, n'en sont pas moins utiles à connaître, parce qu'ils nous enseignent à ne rien négliger dans l'examen et l'interrogation des malades, et à tenir compte des circonstances les plus indifférentes en apparence. (*Gazette médicale de l'Algérie.*)

Opium à haute dose. *Ses bons effets dans un cas d'empoisonnement par les baies de bryone.* M. F. Pritchard fut appelé, le 22 août, par un de ses confrères, auprès d'un individu qui présentait des symptômes tétaniques, mais auxquels on n'avait pu assigner une cause quelconque. Le premier médecin qui avait vu le malade l'avait trouvé, lors de sa première visite, dans un grand état d'épuisement; le pouls était petit, les extrémités froides, et il avait des convulsions tétaniques. On avait prescrit de l'ammoniaque, de l'opium et de l'éther chlorique à hautes doses, et une pinte d'eau-de-vie à prendre dans l'espace de deux heures. Quand M. Pritchard vit le malade, il s'était fait une certaine réaction; le pouls était ferme, l'état de la peau amélioré, mais les convulsions tétaniques étaient devenues plus violentes. Le corps était complétement courbé en arc par un violent opisthotonos; les yeux étaient saillants, la face et le cou livides, la respiration difficile; les muscles abdominaux étaient fortement rétractés. En résumé, tous les muscles étaient rigides et fortement tiraillés. Enfin, durant chaque paroxysme, le pénis devenait si turgide et si douloureux, que le malade le serrait violemment avec sa main. — M. Pritchard prescrivit un lavement de térébenthine et d'assa fœtida, l'inhalation de chloroforme et des frictions sur l'abdomen avec cette substance.

Ces remèdes amenèrent une légère rémission des symptômes; mais aussitôt que les effets du chloroforme se dissipaient, les accidents reparaissaient avec la même violence.

A quatre heures, les convulsions paraissaient sur le point d'amener la mort. Connaissant les bons effets de l'opium à haute dose dans les affections spasmodiques, M. Pritchard se décida à lui en donner 20 centigrammes, en deux pilules, dans 60 grammes d'eau-de-vie. A sept heures, les convulsions commencèrent à s'apaiser, et à onze heures et demi elles cessaient entièrement. Le malade sentit alors le besoin de dormir, et le matin du jour suivant il se réveilla tout à fait exempt de douleurs, se plaignant seulement d'engourdissement. L'inhalation du chloroforme fut continuée jusqu'à dix heures du soir; pendant ce temps,

on en avait administré près de 200 grammes.

Quelques jours après, le malade raconta que le vendredi précédent il avait mangé quelques baies qu'il avait cueillies dans une haie sur le bord de la route, qu'il avait ressenti un peu de chaleur à la bouche, mais qu'il n'avait éprouvé aucun autre inconvénient. Ces baies étaient des baies de bryone ; il en avait mangé environ trente. (*British Medical Journ.*, et *Gaz. hebd. de méd. et de ch.*, octobre 1857.)

Pupille artificielle (*De l'opération de la*) *pratiquée à l'aide de la cautérisation galvanique.* Il y aurait à coup sûr de l'ingratitude à méconnaître les services qu'a rendus l'iridectomie ou l'opération de la pupille artificielle par excision. Aussi ne s'agit-il point de la proscrire et de lui substituer une autre méthode. La pensée de M. Tavignot, en proposant de pratiquer la pupille artificielle à l'aide de la cautérisation galvanique, a été d'avoir au besoin sous la main un moyen qui pût être préférable, pour certains cas, à l'iridectomie, en rendant impossible la production de quelques-uns des accidents qui compliquent quelquefois d'une manière fâcheuse l'excision et en compromet le succès. Voici, d'après M. Tavignot, les motifs de supériorité de ce nouveau procédé :

1° La pupille nouvelle peut toujours être établie au lieu d'élection, c'est-à-dire là où était la pupille normale.

2° Sa formation est instantanée et sans hémorrhagie, ce qui permet de détruire, séance tenante, tout ce qui peut encore faire obstacle au passage des rayons lumineux.

3° On peut donner à la perte de substance que l'on pratique dans l'iris les dimensions jugées nécessaires, sans qu'il y ait à redouter quelque chose des caprices du hasard ou des exigences de l'état morbide.

4° La pupille artificielle est arrondie au lieu d'avoir la forme plus ou moins irrégulière que l'on obtient avec la pince ou avec le crochet dans l'excision.

5° Étant plus simple dans ses manœuvres et d'une nature spéciale dans son mode d'action, elle expose nécessairement à moins d'accidents phlegmasiques que l'arrachement de l'iris.

6° Enfin, au moyen de la cautérisation galvanique, on peut non-seulement établir une trouée pupillaire dans le tissu propre de l'iris, mais encore à travers les fausses membranes qui tapissent si souvent sa face postérieure ou qui obstruent sa partie centrale.

Voici maintenant en quoi consiste le procédé, que M. Tavignot, après plusieurs expériences sur des animaux, a mis en pratique depuis sur l'homme. Il se sert d'une pile de Bunsen, qui lui paraît parfaitement suffisante pour obtenir le résultat qu'il se propose, et d'une tige galvano-caustique appropriée au cas spécial.

Dans un premier temps, le sujet étant disposé comme il convient, l'opérateur pratique à la circonférence externe de la cornée une incision de 8 à 10 millimètres avec le kératotome à trois lames.

Deuxième temps. — A travers cette ouverture comme étoilée, il engage l'anneau de platine de la tige galvano-caustique, et il le dirige rapidement vers le point de l'iris qui doit subir la perte de substance, en ayant soin de ramener en avant le manche de l'instrument.

Troisième temps. — Le courant établi, la cautérisation est instantanée, et il ne reste qu'à retirer de la chambre antérieure la tige métallique.

M. Tavignot insiste particulièrement, pour la parfaite exécution de sa méthode opératoire, sur les trois points suivants qui lui paraissent de la plus grande importance :

1° Éviter la cautérisation des lèvres de la plaie cornéale. Il a fait construire dans cette vue une tige galvano-caustique qui rend cet accident impossible.

2° Éviter la cautérisation de la face postérieure de la cornée. La direction imprimée à l'extrémité libre de l'instrument suffit pour prévenir cette complication.

3° Il faut que la cautérisation de l'iris, de même que la destruction des fausses membranes organisées dans le champ pupillaire, soit complète et aussi régulière que possible. Il importe pour cela que l'anneau incandescent reste un temps suffisant en contact avec les tissus normaux ou anormaux, qu'il doit désorganiser et réduire en quelque sorte en poussière.

Il est bon d'ajouter que M. Tavignot n'entend proposer cette opération que pour les sujets qui ont déjà subi l'opération de la cataracte, auquel cas il n'y a plus à craindre de produire l'opacité de l'appareil cristallinien. (*Moniteur des Hôpitaux*, oct. 1857.)

Ulcères vénériens *traités par le collyre de Lanfranc*. A l'exemple de M. le professeur Courty, de Montpellier, qui préconise l'emploi du collyre de Lanfranc pour le traitement local des ulcères vénériens, lequel traitement consiste à toucher directement l'ulcère avec un pinceau imbibé de ce collyre et à le recouvrir de charpie sèche, M. Vailhé, interne des hôpitaux de Grenoble, a appliqué ce mode de traitement à un grand nombre de malades (plus de cent). Les résultats en ont été, à ce qu'il paraît, des plus satisfaisants, soit pour les chancres simples et à toutes les périodes de leur durée, soit pour les ulcères phagédéniques dont ce traitement réussit souvent à arrêter la marche. De ses nombreuses observations, M. Vailhé conclut que le collyre de Lanfranc est appelé à rendre les plus grands services dans le traitement local des chancres. (*Annales cliniq. de Montpellier* et *France médicale*, septembre 1857.)

Verge (*Section sous-cutanée d'une partie de l'enveloppe fibreuse et de la cloison des corps caverneux, pour remédier à un vice de conformation de la*). M. le professeur Bonisson, de Montpellier, vient de faire une heureuse application de la méthode sous-cutanée dans un cas de vice de conformation de la verge, qui offre par lui-même de l'intérêt. On en jugera par les détails suivants :

Un jeune homme de vingt-deux ans était né avec un hypospadias auquel on ne remédia par aucun moyen. Le professeur Delmas, consulté au sujet de cette difformité, engagea les parents de l'enfant à attendre l'âge adulte avant de rien entreprendre. Quand il eut atteint l'époque de puberté, voici quel était l'état de ses organes génitaux. L'orifice urétral, réduit à une fissure longitudinale dépourvue de lèvres, correspondait à la base de la verge, dans le point de réunion de cet organe avec les bourses. Le canal de l'urètre manquait dans toute la partie antérieure. Il n'y était du moins représenté que par une sorte de ruban rappelant à la fois les caractères de la peau et ceux de la muqueuse et recouvert d'un épiderme très-fin. Au niveau du gland, on distinguait encore une excavation en demi gouttière, à laquelle aboutissait la bride rubanée où l'on reconnaissait un rudiment de la paroi supérieure de l'urètre.

Ce reste de canal n'avait pas au delà de 3 centimètres d'étendue, tandis que les corps caverneux, considérés surtout dans leur partie supérieure, présentaient leur dimension normale. Il résultait de cette inégalité de développement une forme incurvée du membre viril, et cette incurvation, très-appréciable dans la flaccidité et la demi-érection, devenait très-marquée dans l'érection complète. En explorant la face inférieure de la verge, on sentait que l'obstacle au redressement était profond et semblait se prolonger au-dessus de la bride urétrale.

M. Bonisson, consulté par ce jeune homme, lui proposa la section de la bride urétrale. A l'aide d'un bistouri étroit il divisa simplement la bride en travers, sans pénétrer au delà de l'enveloppe fibreuse des corps caverneux. Il y eut aussitôt un allongement de près d'un centimètre, et l'extrémité antérieure de la verge se redressa sensiblement. Après une suppuration peu abondante, la cicatrice était établie. Les érections parurent d'abord moins gênées ; mais peu à peu le tissu de nouvelle formation se coarcta, et l'amélioration fut très-faible. Deux mois après, une seconde incision transversale fut pratiquée, mais sans plus de résultat que la première ; la verge restait toujours recourbée, et l'ampliation des corps caverneux éprouvait à peu près la même gêne dans toute l'étendue de leur face inférieure.

En recherchant la cause de cet empêchement fonctionnel, M. Bonisson reconnut qu'il existait une sorte d'épaississement et de barrière au-dessus de la bride, et que cet obstacle à l'extension était à la fois superficiel et profond. Pensant, d'après la position et la direction de cet obstacle, qu'il était dû à une rétraction ou à un arrêt de développement de la gaîne fibreuse des corps caverneux et de la cloison qui les sépare, il résolut de tenter leur section sous-cutanée. Cette nouvelle tentative fut pratiquée de la manière suivante :

Après avoir fait un pli antéro-postérieur à la peau du dessous de la verge, l'opérateur piqua l'un de ses côtés avec la pointe d'une lancette, et un ténotome convexe fut engagé par cette ouverture, de manière à pouvoir attaquer par pression toute la face inférieure de l'organe préalablement relevé et tendu vers le pubis. La pression de l'instrument, aidée d'un léger mouvement transversal, divisa l'enveloppe fibreuse du corps caverneux, à peu près vers le milieu de l'espace compris

entre le gland et l'ouverture anormale de l'urètre. Un petit bruit, comparable à celui des tissus que l'on coupe dans la ténotomie, se fit entendre, et la verge s'allongea visiblement. On sentait néanmoins encore l'obstacle profond. L'opérateur inclina alors en haut la pointe du ténotome, de manière à la faire remonter entre les deux corps caverneux. Puis retournant l'instrument pour attaquer verticalement la cloison, il incisa celle-ci dans l'épaisseur même de la verge, et le redressement devint aussitôt complet.

Cette opération, d'une exécution assez rapide, ne donna lieu qu'à un écoulement de sang médiocre. Il ne survint pas d'ecchymose. Aucune artère ni aucune veine importante n'avaient été divisées, et un simple pansement compressif avec des bandelettes étroites de sparadrap enroulées suffit pour empêcher toute hémorrhagie et pour s'opposer aux érections. La verge a repris depuis sa conformation normale. Les érections ne sont plus ni douloureuses ni gênées, et la copulation, autrefois impossible, s'exécute sans difficulté. (*Gaz. méd.*, octobre.)

VARIÉTÉS.

La séance solennelle de la rentrée de la Faculté de médecine a eu lieu le 14 novembre. Le discours a été prononcé par M. le professeur Nelaton; il avait pour sujet l'éloge de Gerdy.

M. Bérard, professeur de physiologie, est autorisé, pour cause de santé, à se faire suppléer par M. Béclard, agrégé. M. Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générale, est autorisé, pour la même cause, à se faire suppléer par M. Lasègue, agrégé.

M. Coze, doyen de la Faculté de Strasbourg, vient, sur sa demande, d'être mis à la retraite. Il est remplacé dans ces fonctions par M. le professeur Ehrmann. — M. J. Coze, professeur agrégé, est chargé du cours de thérapeutique et de matière médicale pendant la durée du congé accordé au titulaire de la chaire.

M. Feltz est nommé aide de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Fritz, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Fallot, président de l'Académie de médecine et du Congrès ophthalmologique de Bruxelles, est nommé commandeur de l'ordre de Léopold. M. Warlomont, rédacteur en chef des Annales d'oculistique et secrétaire-général du Congrès, est nommé chevalier du même ordre.

Le prix institué par Esquirol a été décerné, pour l'année 1856, à M. Tillaux, élève de l'hospice de la Salpêtrière.

La Société royale de Londres vient d'accorder à M. le docteur Brown-Séquard une somme de 100 livres sterling sur celle que la reine d'Angleterre met annuellement à la disposition de la Société pour récompenser les travaux remarquables qui se produisent dans l'année.

Pendant la dernière guerre, la Russie a perdu 382 médecins. Sur 550 officiers français, 83 (soit 1 7/10 sur 6) sont morts par suite de maladies contractées dans leur service en Crimée.

M. Morlot, professeur adjoint de clinique interne à l'Ecole de Dijon, est nommé professeur titulaire, en remplacement de M. Salgues, décédé.

Le docteur Rognetta, le fondateur des Annales de thérapeutique et de toxicologie, vient de mourir à Naples des suites d'un anthrax malin.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des fumigations comme traitement de la bronchite chronique. — Description d'un nouvel appareil fumigatoire.

Par M. le docteur Louis Mandl.

Le grand nombre de médicaments recommandés dans le traitement de la bronchite chronique indique suffisamment que cette affection est souvent rebelle à la thérapeutique. Ayant été fréquemment consulté par des malades, chez lesquels les moyens usuels employés par d'autres médecins n'avaient produit aucun soulagement, je me suis attaché depuis plusieurs années à étudier l'atmiatrie pulmonaire comme méthode curative de la bronchite chronique. Je communique ici un court exposé des recherches et observations que j'ai faites depuis dix ans. Cependant, avant de parler du traitement, je crois nécessaire de bien poser les bases du diagnostic. Nul praticien ne supposera que nous comptions *guérir* par la méthode fumigatoire les bronchites chroniques symptomatiques d'une affection du cœur, de l'hydrothorax, de la syphilis, etc. ; dans ces cas, les fumigations, telles que nous les indiquerons, ou modifiées suivant les circonstances, peuvent amender l'état des bronches, peuvent diminuer les souffrances du malade, mais non pas guérir radicalement les muqueuses, altérées par suite d'une affection qui a son siége en dehors des poumons. Ces fumigations, dont nous donnerons tout à l'heure la composition, ne sont d'aucun avantage, et sont même nuisibles dans la bronchite tuberculeuse, à moins qu'il ne s'agisse d'une pneumonie chronique au sommet du poumon, état fréquemment confondu, par suite de symptômes presque identiques fournis par l'auscultation et la percussion, avec la tuberculisation diathésique, et sur lequel nous ferons prochainement connaître nos recherches suivies depuis longtemps.

Occupons-nous donc ici uniquement de la bronchite chronique idiopathique, essentielle, différente, par les symptômes bien connus, de la dilatation des bronches et de l'emphysème. Les auteurs en distinguent, avec Laennec, plusieurs espèces, à savoir : 1° le *catarrhe pituiteux* ou la *bronchorrhée*, caractérisée par un mélange de râle sonore, sibilant, subsibilant, de râle ronflant, imitant le bruit d'une corde de violoncelle ou le chant de la tourterelle, et enfin de râle sous-crépitant. L'expectoration constitue un liquide incolore, transparent, filant, spumeux à la surface, et qui ressemble à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau; elle est plus abon-

dante, non pas accidentellement, mais constamment, que dans l'asthme humide, nerveux; 2° le *catarrhe muqueux chronique* ou *catarrhe chronique proprement dit*, dans lequel on observe un râle muqueux, quelquefois assez fort et assez abondant, rarement continu, plus rarement général, qui ne masque presque jamais entièrement le bruit de l'expansion vésiculaire et dans lequel les matières rejetées sont grisâtres, jaunâtres, verdâtres, opaques, ou d'un blanc mat, ou tout à fait purulentes et adhérentes au fond du vase; enfin 3° le *catarrhe sec*, dans lequel on n'entend pas de râle sous-crépitant, mais bien un râle sibilant, dans une petite étendue de la poitrine, ou parfois un cliquetis analogue à celui d'une soupape, dans les profondes expirations, avant ou après la toux. Les crachats sont globuleux, nacrés, d'un gris de perle et de consistance d'empois.

Le râle sous-crépitant (râle muqueux de Laennec) existe, suivant les auteurs, à la partie postérieure de la poitrine, en bas et des deux côtés; l'étendue dans laquelle on entend ce bruit serait très-variable et ordinairement plus considérable à droite qu'à gauche (Valleix, Guide du médecin praticien, 2e édit. Paris, 1850, vol. I, p. 339). L'existence de ce râle sous-crépitant des deux côtés serait même un signe important dans le diagnostic différentiel de la pneumonie chronique et de la bronchite chronique, que l'on pourrait du reste facilement reconnaître par l'absence de la matité, de la respiration bronchique, de tout mouvement fébrile et de dépérissement (Valleix, *l. c.*, p. 342). Nous ne saurions adopter cette opinion. Sans nier la fréquence du râle sous-crépitant bilatéral à la base des poumons, nous pouvons cependant affirmer avoir rencontré plusieurs fois un râle sous-crépitant à la base d'un seul poumon, sans diminution de la sonorité, sans respiration bronchique, chez des malades qui se plaignaient de temps en temps d'un petit mouvement fébrile, et qui accusaient aussi un dépérissement lent, plus ou moins prononcé, et surtout une perte d'appétit prolongée, augmentée peut-être encore par la quantité des médicaments adoucissants, narcotiques, balsamiques, révulsifs, etc., employés inutilement dans un long traitement. Dans cette variété de bronchite chronique, que l'on peut d'autant moins considérer comme pneumonie chronique que les antécédents excluent toute idée d'une pneumonie primitive, les matières rejetées, surtout le matin, sont analogues à celles du catarrhe sec de Laennec. Je désignerai dorénavant cette variété sous le nom de ***bronchite chronique à râle sous-crépitant unilatéral.***

Il existe enfin encore une autre forme de bronchite chronique,

suite d'une ancienne pleurésie, suivant les renseignements fournis par le malade et le médecin, dans lesquels l'auscultation ne fait découvrir aucun râle, et la percussion indique plus ou moins distinctement les traces d'une exsudation. Parfois même, ni l'auscultation, ni la percussion ne fournissent aucun renseignement : cependant la bronchite existe depuis plusieurs mois ou un an, deux ans, malgré la disparition de tous les symptômes pleurétiques.

Une combinaison de cette dernière variété, de la *bronchite pleurétique*, dans laquelle la percussion indiquerait une diminution de la sonorité d'un côté, avec la bronchite à râle sous-crépitant unilatéral, pourrait faire supposer l'existence d'une pneumonie chronique. L'anemnèse seule peut, dans ce cas, guider le médecin dans son diagnostic.

Ces trois dernières variétés, à savoir le catarrhe sec de Laennec, la bronchite chronique à râle sous-crépitant unilatéral, et la bronchite chronique pleurétique, forment pour moi un groupe, caractérisé par l'absence de râles muqueux à grosses bulles, par la parcimonie des symptômes fournis par l'auscultation et la percussion, et dans tous les cas, par le peu d'étendue de ces signes, s'ils existent. Ce groupe, que j'appellerais volontiers la *bronchite sèche*, constitue une affection incommode et surtout très-rebelle à la thérapeutique. Aussi M. Monneret (Compendium de médecine pratique, art. *Bronchite chronique*) dit-il avec raison : « Mais, avant d'indiquer aucun précepte à cet égard, disons qu'il y a peu de cas avérés de guérison d'une bronchite chronique ; que celle qui se présente avec les caractères les moins intenses résiste souvent opiniâtrément à tous les moyens qu'on lui oppose... » Or, c'est de la guérison de cette bronchite avec les caractères les moins intenses, de la bronchite sèche, que nous allons maintenant nous occuper.

Je regarde la bronchite sèche comme une affection purement locale, pouvant, par conséquent, céder à un traitement purement local. Je n'ai jamais vu retirer aucun avantage des révulsifs permanents, des cautères et sétons, que, dans la plupart des cas, malgré les tristes préjugés invétérés dans la pratique, je trouve plutôt nuisibles. Aussi je m'empresse de les supprimer lentement, s'il en existe chez les malades qui viennent me consulter. Quant au régime, je m'abstiens de toute espèce de boissons douces, émollientes, calmantes, etc., parce que l'estomac surchargé de tisanes et de sirops est entravé dans ses fonctions. Je défends seulement les boissons excitantes, le café et surtout les spiritueux. Quant au traitement, il consiste uniquement dans l'emploi de fumigations chaudes, faites à l'aide

de l'appareil dont nous allons tout à l'heure donner la description et qui se font de la manière suivante :

On verse dans l'appareil à peu près 60 grammes (4 cuillerées à bouche) d'eau ordinaire ou d'une décoction de guimauve, qui remplit le ballon jusqu'à la hauteur du cercle. Dans cette eau on verse ensuite une cuillerée à café de la composition suivante :

Acide acétique du Verdet....................	50 grammes.
Créosote....................................	5 grammes.
Eau...	500 grammes.

Remuez vivement, pour obtenir un liquide parfaitement transparent, le liquide fumigatoire.

Le malade fait ces fumigations plusieurs fois par jour, au moins trois fois, chaque fois pendant vingt à vingt-cinq minutes ; on renouvelle le liquide à chaque fumigation. Progressivement on augmente la quantité du liquide fumigatoire employé, en le portant d'abord à deux, puis à trois et quatre cuillerées à café, versées dans la même quantité d'eau. On fait ensuite un *mélange* d'une partie de la liqueur acide avec dix parties d'eau, et l'on verse ce mélange dans l'appareil, sans y avoir mis préalablement de l'eau ; alors il est inutile de jeter la liqueur à la fin de la fumigation, mais on la tient toujours à la même hauteur, en remplaçant ce qui a été évaporé par une ou deux cuillerées du mélange que nous venons d'indiquer. Plus tard, on augmente la force de ce mélange, en n'ajoutant que huit, six, quatre, etc., parties d'eau au liquide fumigatoire. La susceptibilité du larynx et des bronches, la durée de la maladie et la pratique guideront le médecin dans l'emploi successif de ces divers mélanges.

Je n'entrerai pas, pour le moment, dans des détails historiques et chimiques concernant la composition de ce liquide fumigatoire, que l'on trouve peut-être déjà indiqué dans Hippocrate et qui a des principes analogues à ceux du goudron. Ce qui nous a paru le plus important, c'était de bien fixer les indications, de déterminer rigoureusement par le diagnostic les affections dans lesquelles on peut avantageusement employer cette composition, et d'avoir par devers nous un assez grand nombre des faits et des guérisons constatées depuis plusieurs années, pour qu'il nous soit permis de parler d'un véritable succès.

La durée du traitement est variable, suivant le degré et la durée de la maladie, depuis un jusqu'à deux ou trois mois. Mais ce qui frappe le malade, dès que la quantité du liquide fumigatoire est portée à trois ou quatre cuillerées à café, c'est l'augmentation de l'appétit, la diminution de l'expectoration et son changement de

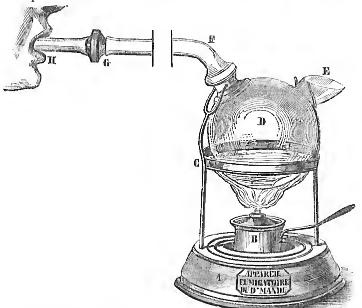
couleur, car de verdâtre qu'elle était, en général, elle devient d'un jaune pâle ou d'un blanc grisâtre. En même temps la respiration devient libre, le dépérissement s'arrête, les forces et l'embonpoint reparaissent, et le moral du malade éprouve une amélioration sensible. Il est nécessaire de suspendre les fumigations acides et de les remplacer par des fumigations émollientes, toutes les fois que dans le courant du traitement il survient une bronchite aiguë. D'un autre côté, lorsque, au bout d'un traitement prolongé déjà depuis plusieurs semaines, l'état de santé général étant devenu complétement satisfaisant, il persiste encore une légère toux, je supprime les fumigations pendant quelques jours, pour juger si elle dépend de la bronchite ou de l'excitation produite par les fumigations. Si la toux persiste encore huit ou quinze jours après la cessation des fumigations, je reprends celles-ci, et l'on peut alors être sûr de voir cesser la toux tôt ou tard. J'ai actuellement vingt cas de guérisons devant moi, parmi lesquelles figurent quatre bronchites, suites de pleurésie chronique, dont une, traitée en 1850, était remarquable par le dépérissement général du malade, l'affaiblissement, les sueurs nocturnes, la perte de l'appétit, etc. La santé parfaite du malade s'est maintenue depuis cette époque, après un traitement de six semaines : dans d'autres cas, en apparence beaucoup moins graves, le traitement a dû être prolongé plus longtemps.

Le catarrhe muqueux chronique est loin de céder aussi sûrement que la bronchite sèche aux fumigations acides. J'emploie dans ces cas concurremment des vomitifs, répétés toutes les fois que les indique l'abondance des râles, et je suis ainsi parvenu plusieurs fois à triompher de cette variété de bronchite. Quant au catarrhe pituiteux proprement dit, si fréquemment combiné avec des maladies du cœur et qui, dans tous les cas, surtout lorsqu'il date déjà de plusieurs années, dénote une altération profonde des muqueuses bronchiques, les fumigations acides, si elles sont supportées, peuvent améliorer, mais non guérir la maladie. Je reviendrai, dans une autre occasion, sur cette affection, en m'occupant plus particulièrement de la *bronchite humide*. Voici maintenant quelques détails sur l'appareil fumigatoire fabriqué par M. Luer, et la manière d'en faire usage.

I. *Description de l'appareil fumigatoire.*— Cet appareil se compose d'un pied (A, B, C) en cuivre et d'un globe ou ballon en verre (D, E), pourvu d'un tube en caoutchouc (F, H).

Le pied est formé de trois parties. Le socle (A) est suffisamment lourd pour empêcher l'appareil d'être renversé dans les mouvements accidentels exercés pendant la fumigation. Sur deux points de ce

socle s'élèvent deux fourches qui retiennent le globe (D) placé dans le cercle (C). Au-dessous du ballon se trouve une petite lampe à esprit-de-vin (B) pourvue d'une longue queue, afin de faciliter sa manipulation pendant la fumigation et au moment où, allumée, ses parois se sont échauffées.



Le globe (D) est fait en verre de cristal, à l'épreuve de la chaleur. Il est impossible de remplacer le verre par une composition métallique, qui serait nécessairement opaque, rendrait impossible ou très-difficile la surveillance et le maintien de l'état de propreté de la surface interne du globe, et se rouillerait ou subirait d'autres altérations chimiques par l'emploi des liquides fumigatoires. A la portion supérieure du globe existent deux cols : l'un est destiné à recevoir le tube en caoutchouc (F) ; l'autre, évasé en forme d'entonnoir, sert à l'introduction des liquides dans l'intérieur du globe et à l'accès de l'air (E).

Le tube en caoutchouc volcanisé et inodore, ayant un diamètre de 12 millimètres et une longueur de 30 à 35 centimètres (F), s'emboîte, par une de ses extrémités, sur le col. L'autre extrémité du tube, dont toute la longueur n'est pas présentée dans la figure, porte une rondelle en bois (G), à laquelle se trouve adapté un second tube en caoutchouc (H), long de 7 à 8 centimètres, et destiné à être placé dans la bouche du malade.

Une expérience continue de plusieurs années m'a démontré l'utilité et la nécessité de conserver au tube les diamètres indiqués : ainsi, si sa lumière (diamètre interne) a moins de 12 centimètres, la quantité d'air aspirée est insuffisante, et la respiration difficile. Si, au contraire, le tube est plus gros, le malade éprouve de la difficulté à le placer dans sa bouche. Divers essais faits pour remplacer la portion du tube de caoutchouc (H) par des bouts faits en matières différentes, par exemple, en bois, en ambre, etc., ont échoué, soit à cause de la dureté de la substance, qui pousse involontairement le malade à mâcher ce bout entre ses dents et qui s'oppose en outre à l'occlusion de la bouche, soit à cause de la difficulté qu'éprouvent les fabricants à ménager un canal interne, large de 10 à 12 centimètres, pour l'accès de l'air, par exemple dans l'ambre. Du reste, l'odeur des tubes en caoutchouc se perd après quelques jours d'usage.

II. *Emploi de l'appareil fumigatoire.* — 1° On verse dans le ballon, par la tubulure (E), le liquide destiné à la fumigation, au point de remplir ce globe jusqu'à la hauteur du cercle (C).

2° On essuie, en retirant le ballon avec précaution, la paroi externe et inférieure du globe, parce que la flamme de la lampe ferait éclater le verre, s'il y avait de l'humidité. Cette précaution est surtout nécessaire en hiver, lorsque l'appareil a séjourné dans un local froid ; apporté dans la chambre chaude, il se recouvre rapidement d'une couche humide de vapeur condensée.

3° On place la lampe allumée sous le ballon pour chauffer le liquide contenu.

4° Dès que les vapeurs s'élèvent, on place le tube (H) dans la bouche, et on le maintient à une hauteur convenable et commode, en soutenant avec une main la rondelle (G). Si l'on voulait maintenir le tube dans tout autre endroit, les doigts pourraient involontairement comprimer le tube et par là empêcher le libre accès de l'air; le tube ne doit, pour cette même raison, présenter aucun pli dans tout son parcours, car ces plis rendraient la respiration difficile ou impossible.

5° Le tube est placé dans la bouche, de manière qu'il dépasse de quelques lignes l'arcade dentaire. On ferme hermétiquement les lèvres au tour du tube, qu'il faut cependant éviter de comprimer avec les dents. Puis on fait, comme dans la respiration normale, l'expiration et l'aspiration, profondément, sans fatigue, sans efforts, uniquement par la bouche, à l'exclusion des narines. On facilitera l'apprentissage en comprimant les narines ou en les bouchant avec du coton, ou même encore en plaçant sur le nez une pince fabriquée dans ce but. On croirait peut-être faciliter la fumigation, en plaçant sur la figure

un petit masque qui embrasserait le nez et la bouche, de sorte que la respiration se ferait indistinctement par l'une ou l'autre de ces ouvertures. Mais, outre la gêne occasionnée par cet appareil, l'action des vapeurs médicamenteuses sur le cerveau, par les narines, s'oppose presque constamment à l'usage de ce masque, excepté dans quelques affections spéciales des narines, par exemple, dans le coriza.

En procédant ainsi, on aspire à travers la tubulure E l'air externe, qui se charge, en passant sur le liquide échauffé, des vapeurs médicamenteuses. On comprend donc qu'il ne faut jamais boucher cette ouverture (E), et que la double tubulure répond parfaitement à toutes les exigences et d'une manière bien plus simple que les tubes en verre longs ou recourbés des anciens appareils.

La salivation est parfois augmentée pendant la fumigation ; le malade doit avaler cette salive ou la faire écouler par le tube dans l'intérieur du globe, mais il doit éviter de la rejeter en crachant, ce qui amène facilement une fatigue des voies respiratoires et digestives.

L'air qui, pendant l'inspiration, a pénétré dans les poumons, sort, dans l'expiration, par la bouche, traverse le tube en caoutchouc et le globe et retourne dans l'air externe par la tubulure E. Il est inutile de faire sortir l'air expiré par les narines.

6° La chaleur employée doit être suffisante pour amener à l'évaporation le liquide contenu dans le globe; mais il est inutile d'arriver jusqu'à son ébullition. Lorsque les vapeurs s'élèvent en suffisante quantité, on peut, tout en continuant la fumigation, retirer la lampe, qu'on laisse allumée, pour la replacer sous le globe dès que l'on voit le liquide fumigatoire se refroidir et les vapeurs diminuer. Du reste, le degré de chaleur supporté par le malade est variable ; il dépend de la sensibilité de la gorge, du genre et du degré de la maladie, etc.

7° On peut prolonger la fumigation de quinze à trente minutes, deux, trois fois par jour, suivant les indications médicales. Il est permis de prendre son repas immédiatement après la fumigation ; mais il faut éviter de le faire dans les moments auxquels s'accomplit la digestion. Aussi choisira-t-on de préférence, dans la matinée, le temps compris entre le lever et le déjeuner, le soir l'heure qui précède le coucher, dans la journée l'espace compris entre le second déjeuner et le dîner, en laissant écouler au moins deux ou trois heures après le repas.

8° On renouvelle le liquide pour chaque fumigation, ou au moins une fois tous les jours, suivant les altérations que sa composition a pu éprouver par l'ébullition.

9° La fumigation terminée, on laisse s'écouler le liquide qui s'est ramassé dans le tube, et l'on recourbe celui-ci pour fermer avec la rondelle (G) la tubulure (E).

III. *Du liquide fumigatoire.* — Tous les liquides et toutes les substances volatiles peuvent, suivant les indications médicales, être employées en fumigations.

Les fumigations adoucissantes faites avec de l'eau ordinaire ou de l'eau de guimauve, suffisent dans les affections aiguës des voies respiratoires.

Je me propose d'exposer plus tard le résultat de mes observations dans les diverses affections des organes de la respiration.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la cautérisation électrique ou galvano-caustique.

Extrait d'un rapport lu à la Société de chirurgie par M. Broca, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux (1).

Personne n'ignore que les courants galvaniques ont la propriété d'échauffer les conducteurs qu'ils traversent, et que le dégagement de calorique peut être porté assez loin pour rougir à blanc et même pour fondre un fil de platine. C'est une expérience qu'on répète tous les jours dans les cours de physique, et qui, on peut le dire, est connue de tout le monde. Il est donc naturel que beaucoup de chirurgiens aient songé à pratiquer des cautérisations au moyen de la chaleur galvanique ; mais cette idée, si facile à concevoir, était fort difficile à appliquer. Je ne me propose pas aujourd'hui de faire connaître les différents essais qui ont été faits par les prédécesseurs de M. Middeldorpf. C'est une question historique qui a bien son intérêt, et que je pourrai, s'il le faut, reprendre

(1) Nous avons eu l'occasion, dans notre dernier numéro, de parler d'une cautérisation pratiquée au moyen de la chaleur électrique sur les bords d'une fistule vésico-vaginale, et nous avons promis pour aujourd'hui de plus amples détails sur ce nouveau procédé de cautérisation. Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire, pour tenir notre promesse, que de reproduire un rapport lu à la Société de chirurgie par notre collègue M. Broca. Nous devons annoncer toutefois que la question vient d'entrer dans une phase nouvelle, grâce aux efforts de notre collaborateur, qui a pleinement réussi à surmonter les obstacles pratiques signalés par lui l'année dernière, dans son rapport. Nous donnerons, dans notre prochain numéro, un mémoire tout récent et inédit que M. Broca veut bien mettre à notre disposition. Le lecteur pourra ainsi, en comparant le nouvel état de choses avec l'ancien, apprécier l'importance du progrès réalisé par l'auteur. (*Note du Rédacteur en chef.*)

une autre fois. Il me suffira de dire ici que la plupart des expérimentateurs, peu satisfaits des résultats qu'ils avaient obtenus, ou découragés par les difficultés d'exécution, avaient fini par renoncer à la cautérisation électrique, lorsque M. Middeldorpf entreprit ses importantes recherches. Grâce aux efforts persévérants de ce savant aussi ingénieux qu'habile, la galvano-caustique est aujourd'hui une méthode régulière, féconde en applications et digne de prendre place parmi les plus précieuses innovations de la chirurgie contemporaine.

Le cautère galvanique peut, dans tous les cas, remplacer, et presque toujours avec avantage, le cautère actuel ; il permet en outre de pratiquer, sans effusion de sang, plusieurs opérations dans des régions à peu près inaccessibles jusqu'ici au fer rouge et aux caustiques. Mais avant de parler de ces diverses opérations, je dois exposer les principes généraux sur lesquels repose la nouvelle méthode, et décrire l'appareil instrumental dont M. Middeldorpf se sert pour manier, avec une précision remarquable, le calorique dégagé par les courants.

Je supposerai d'abord qu'un conducteur ou *réophore* parfaitement homogène, un fil métallique par exemple, soit mis en communication avec les deux pôles d'une pile. Les deux électricités contraires se précipitent l'une vers l'autre sous forme de courant continu, et le fil s'échauffe aussitôt d'une manière uniforme dans toute son étendue. En quelques secondes, il acquiert une certaine température, qui ne varie plus pendant toute la durée du courant.

Cela posé, la quantité de calorique dégagée est extrêmement variable, suivant les conditions dans lesquelles on se place. Quelquefois l'élévation de température est à peu près inappréciable ; d'autres fois, elle peut aller jusqu'à faire fondre le platine, ce qui suppose une chaleur supérieure à celle des hauts fourneaux. Tout dépend de la nature de la pile et de celle du réophore.

Plus la source de l'électricité est abondante, en d'autres termes, plus la pile est *intense*, plus les effets calorifiques sont prononcés ; or, l'*intensité d'une pile est en rapport avec l'étendue en surface des éléments de chaque couple*. Il faut donc prendre des piles à grandes surfaces pour pratiquer la cautérisation galvanique. La pile de Münch remplirait assez bien cette indication, mais elle est difficile à manier, et les courants qu'elle donne s'affaiblissent très-rapidement. Aussi, M. Middeldorpf a-t-il donné la préférence à la pile de Grove, dont les éléments sont disposés comme dans les couples de Bunsen, avec cette différence, toutefois, que le cylindre de

charbon est remplacé par plusieurs minces lames de platine entrecroisées en étoile, de manière à fournir une très-grande surface dans un espace assez restreint.

Toutes choses égales d'ailleurs, le dégagement de calorique est proportionnel à la quantité d'électricité qui, dans un temps donné, traverse le réophore. Il semble résulter de là que les meilleurs conducteurs sont ceux qui s'échauffent le plus : cependant rien n'est moins exact. L'électricité qui s'écoule librement ne dégage presque pas de chaleur. Pour que la température s'élève d'une manière notable, il faut que le courant rencontre un obstacle et qu'il le surmonte. Ainsi, avec une pile composée de plusieurs couples de Bunsen de moyenne intensité, un gros fil s'échauffe beaucoup moins qu'un fil plus petit composé du même métal. C'est parce que la résistance que le réophore oppose au passage de l'électricité est d'autant plus grande que le fil est moins gros. On a même démontré que le dégagement de la chaleur augmente en raison inverse de la quatrième puissance du diamètre du fil. Par exemple, un fil de 1 millimètre de diamètre s'échauffe seize fois plus qu'un fil de 2 millimètres (lois de Riess).

Pour le même motif, les métaux mauvais conducteurs, comme le platine, s'échauffent plus aisément que les bons conducteurs, comme le cuivre ou le fer. C'est pourquoi on doit donner la préférence aux réophores de platine, car le platine est de tous les métaux celui qui oppose le plus de résistance au passage des courants électriques.

Enfin, lorsque le réophore n'est pas homogène, la chaleur se produit presque exclusivement dans les points où l'électricité rencontre le plus d'obstacles. Supposons, par exemple, que le réophore soit composé de deux gros fils métalliques séparés, ou, si l'on veut, réunis par un fil de même métal. Le courant qui traversera ce réophore pourra rendre le fil fin incandescent et même le fondre, sans que la température des gros fils soit notablement élevée. Supposons encore qu'un réophore soit composé d'un fil de platine interposé entre deux fils de cuivre de même volume, c'est dans le platine presque exclusivement que la chaleur se produira. C'est pour ce motif que tous les cautères de M. Middeldorpf sont formés d'une pièce de platine (lame ou fil) mise en communication avec les pôles au moyen de deux conducteurs de cuivre. Ainsi, avec la même pile, en faisant varier le volume et la nature des réophores, on peut obtenir des effets calorifiques très-différents. Une pile, qui ne chaufferait pas le cuivre ou le fer, pourra chauffer le platine ;

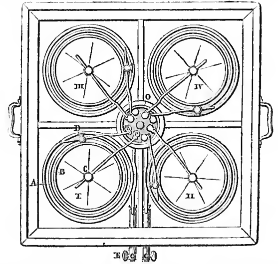
une autre, qui élèverait à peine la température d'une lame métallique, pourra rendre un fil incandescent, etc.

Mais ce n'est là qu'une partie des conditions nécessaires à la production de la chaleur électrique. Il ne suffit pas que l'électricité rencontre un obstacle, il faut encore qu'elle puisse le surmonter ; car sans cela le courant n'aurait pas assez de force pour chauffer le réophore. Par exemple, il y a telle pile qui pourra rougir à blanc un gros fil de platine, et qui chauffera seulement au rouge sombre, ou même beaucoup moins encore, un fil de platine plus petit. C'est parce que ce dernier, plus *résistant* que l'autre, ne laisse pas passer une quantité suffisante d'électricité. Or, la propriété de surmonter la résistance des conducteurs ne dépend pas de l'intensité de la pile, mais de la tension. La tension, c'est-à-dire la force avec laquelle les électricités des deux pôles tendent à se précipiter dans le réophore, est indépendante de l'*étendue* de chaque couple ; elle est proportionnelle au *nombre* des couples. Par conséquent, lorsqu'on veut obtenir des effets calorifiques puissants, il faut avoir soin d'augmenter le nombre de couples à mesure qu'on prend des réophores moins volumineux, c'est-à-dire opposant plus de résistance au passage de l'électricité. Il résulte clairement de ce qui précède que la même pile ne peut servir pour chauffer indistinctement tous les réophores. Quand le conducteur est gros, il n'est pas nécessaire que la pile ait beaucoup de tension, mais il faut qu'elle ait beaucoup d'intensité. Pour les conducteurs de petit diamètre, au contraire, on peut se contenter d'une pile peu intense, pourvu qu'on ait soin d'employer plusieurs couples afin d'avoir une forte tension.

Or, il est indispensable pour pratiquer, dans les divers cas, la cautérisation galvanique, de pouvoir chauffer à blanc des conducteurs de volume très-variable. On verra tout à l'heure que certaines opérations s'exécutent avec un simple fil incandescent ; d'autres avec des lames de platine larges de plusieurs millimètres. Il faut donc que le chirurgien ait à sa disposition plusieurs piles de tension et d'intensité différentes, et cette complication instrumentale, aussi coûteuse que gênante, aurait certainement beaucoup nui à la vulgarisation de la galvano-caustique, si M. Middeldorpf n'avait heureusement réussi à remplir toutes les indications au moyen d'un seul appareil électrique dont nous publions le dessin. Quatre couples I, II, III, IV, ou éléments de Grove, hauts de 6 pouces et demi et larges de 4 pouces et demi (mesures rhénanes ; un pouce fait un peu plus de 26 millimètres), sont disposés dans une boîte à

quatre compartiments. Au milieu de la boîte, entre les quatre couples, est situé le commutateur O, petit appareil où sont placés les deux pôles P, Z, et qui est destiné à combiner les couples de plusieurs manières pour faire varier à volonté la tension et l'intensité de la pile.

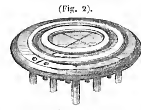
(Fig. 1).



Le commutateur O se compose d'une cuvette à huit trous et de trois couvercles différents. Les huit trous de la cuvette sont pleins de mercure ; ils sont parfaitement *isolés* de leurs voisins, et chacun d'eux communique, par un gros conducteur, avec l'un des zincs D ou l'un des platines C des couples. Il y a donc quatre trous zinc et quatre trous platine. Chaque couvercle porte huit petites fiches métalliques qui pénètrent dans les huit trous de la cuvette et se mettent en contact avec le mercure ; ces fiches enfin sont reliées entre elles deux à deux ou quatre à quatre, au moyen d'une armature métallique diversement disposée dans les trois couvercles. L'armature du couvercle n° 1 est construite de telle sorte que les zincs et les platines se succèdent et s'entre-croisent un à un. L'appareil forme ainsi une pile à quatre couples, dont l'intensité est représentée par la surface de chaque couple considéré isolément, et dont la tension est représentée par *quatre,* puisque les couples sont au nombre de quatre. Le couvercle n° 2 combine successivement deux zincs, puis deux platines, puis encore deux zincs, et enfin les deux derniers platines ; les quatre couples, par conséquent, n'en forment plus que deux, dont la surface est devenue deux fois plus

grande : l'intensité se trouve donc doublée, tandis que la tension est diminuée de moitié. Le couvercle n° 3, représenté par la figure ci-jointe, marie tous les zincs ensemble et tous les platines ensemble.

(Fig. 2).



Il ne reste donc, en réalité, qu'un seul couple dont la surface, c'est-à-dire l'intensité, se trouve représentée par 4, et dont la tension se trouve réduite à 1. Pile à quatre éléments possédant une intensité égale à 1 et une tension égale à 4; pile à deux éléments possédant une intensité égale à 2 et une tension égale à 2; pile, ou plutôt batterie à un seul élément, possédant une intensité égale à 4 et une tension égale à 1 : telles sont les trois combinaisons qu'on peut obtenir instantanément par un simple changement de couvercle, et qui permettent de remplir avec autant de facilité que de simplicité toutes les indications de la galvano-caustique.

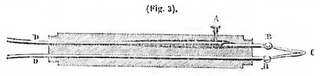
Lorsqu'on veut échauffer un fil *long* et fin, on cherche plutôt la tension que l'intensité, et l'on adapte au commutateur le couvercle n° 1. Si le fil est plus gros, on a besoin d'une tension moindre, mais d'une intensité plus grande, et on choisit le couvercle n° 2. La même combinaison permet de chauffer d'une manière très-suffisante un fil fin et *court*, parce que les fils courts, toutes choses égales d'ailleurs, opposent moins de résistance que les fils longs au passage des courants, et n'exigent pas, par conséquent, une tension aussi grande. Enfin, lorsqu'on veut chauffer un conducteur plus volumineux, comme une lame de platine, on peut se contenter d'une faible tension, mais on a besoin d'une grande intensité, et c'est le couvercle n° 3 qui doit avoir la préférence.

Voyons maintenant comment M. Middeldorpf a disposé les instruments destinés à appliquer sur les tissus la chaleur galvanique. Deux tiges de cuivre EE, fig. 1, fixées sur le commutateur, l'une au pôle zinc ou pôle positif, l'autre au pôle platine ou pôle négatif, viennent faire saillie à l'extérieur de la boîte. Chacune d'elles donne insertion à un gros conducteur flexible, long de près de deux mètres, et composé de huit fils de cuivre entourés de soie. L'extrémité libre de chaque conducteur aboutit à une douille de cuivre dans laquelle on fixe, au moyen d'une simple vis de pression, les divers cautères dont on veut se servir.

Les cautères de M. Middeldorpf sont nombreux et variés. Tous se composent d'un manche en ivoire ou en ébène, ou de toute autre substance isolante, parcouru dans sa longueur par deux tiges de

cuivre parfaitement isolées. Ces deux tiges D D sortent du manche par l'une de leurs extrémités, pour être reçues dans la douille qui termine chaque conducteur. Leur autre extrémité fait également saillie en dehors du manche et supporte l'*armature de platine* C. Celle-ci, dont la forme varie beaucoup, peut toujours, en définitive,

(Fig. 3).



être considérée comme une anse insérée pas ses deux bouts sur l'extrémité des tiges précédentes. Lorsque le manche est fixé sur les grands conducteurs, le courant galvanique parcourt les deux tiges, et le circuit se trouve fermé au moyen de l'anse de platine C qui s'échauffe seule (ou à peu près), en vertu des lois qui ont été exposées plus haut. C'est elle, en effet, qui, à cause de son moindre volume, et de la nature du métal qui la compose, constitue la partie du circuit la plus *résistante*, c'est-à-dire celle où le courant passe le plus difficilement.

Je dois enfin faire connaître une dernière et importante particularité, qui donne à la galvano-caustique une supériorité très-marquée sur la cautérisation galvanique. L'une des tiges qui traverse le manche est coupée dans un point de sa longueur, et l'on peut à volonté, au moyen d'un bouton A, d'un coulant ou d'une bascule, ouvrir ou fermer le courant galvanique qui dégage la chaleur ; avantage inappréciable qui permet de manier les cautères de M. Middeldorpf avec une tranquillité et une précision bien différentes de la précipitation inséparable jusqu'ici de la cautérisation au fer rouge. Par exemple, lorsqu'on veut cautériser le fond d'une cavité, on introduit l'instrument à froid lentement, doucement ; puis, lorsqu'on s'est bien assuré par la vue, par le toucher ou par tout autre moyen, qu'il est exactement en place, on appuie sur le bouton ou sur le coulant, et deux ou trois secondes après la cautérisation commence. De même, lorsqu'on veut retirer l'instrument, sans brûler l'entrée de la cavité, on pousse le coulant en sens inverse, et au bout d'un temps fort court le cautère est suffisamment éteint. La cautérisation, en effet, n'est pas faite par une grosse boule de métal qui garde longtemps la chaleur, mais par un fil ou par une mince lame de platine qui se refroidit très-promptement. Ce n'est pas le seul avantage du cautère électrique. Le calorique renaissant à mesure qu'il se dépense, on peut, sans retirer l'instrument, cautériser les tissus jus-

qu'à une profondeur en quelque sorte indéfinie. Certaines cautérisations peuvent durer, s'il le faut, plusieurs minutes. Si on opère dans le fond d'une cavité, on peut, bien mieux qu'avec le cautère actuel, protéger les parties environnantes ; on peut même, sans arrêter la cautérisation, lancer un jet d'eau froide sur les tissus qu'on veut soustraire aux effets du rayonnement. Le cautère électrique, enfin, répand autour de lui une lumière si éclatante, qu'il permet d'éclairer parfaitement le fond d'un spéculum et de prendre une exacte connaissance de l'état des parties qu'on se propose de cautériser.

Je ne puis songer à décrire tous les cautères de M. Middeldorpf, mais je ferai du moins connaître les plus usuels. C'est la disposition de l'armature de platine qui établit entre eux les principales différences, car la disposition du manche est à peu de chose près toujours la même. Dans le galvano-cautère, l'armature de platine est constituée par une lame de platine A, large de 3 à 4 millimètres, recourbée en anse, et dont les deux branches B, C sont situées dans le même plan, de manière à former un fer à cheval très-étroit (fig. 3).

Cet instrument permet de faire des cautérisations très-variées. Appliqué à plat, il produit une escarre de 7 à 8 millimètres de diamètre ; appliqué sur la pointe, il sert à pratiquer la cautérisation pointillée ; enfin, appliqué sur l'un de ses bords, il fournit une escarre linéaire, comme le ferait un couteau rougi à blanc. Il remplace le cautère cultellaire pour la cautérisation transcurrente ; au moyen d'une légère pression, on peut le faire pénétrer à une grande profondeur, soit pour ouvrir les abcès, soit pour disséquer et enlever les tumeurs sans écoulement de sang ; il se laisse manier comme un bistouri. Telle est la puissance de ce cautère qu'il peut, en quelques secondes, traverser une planche de chêne de plusieurs centimètres d'épaisseur. Dans le cautère en coupole, l'armature consiste encore en une lame de platine ; seulement celle-ci est recourbée sur le plat, de telle sorte que ses deux branches ne sont plus dans le même plan. La surface cautérisante a ainsi moins de largeur, mais elle a beaucoup plus d'épaisseur et fournit un rayonnement plus considérable. Ces deux cautères réclament l'emploi de la pile la plus intense, qu'on obtient au moyen du couvercle n° 3. Ni l'un ni l'autre, cependant, ne peuvent remplacer les grosses boules de fer rougies au feu, qui brûlent d'un seul coup les tissus dans une grande étendue. Pour remplir cette indication, il faut se servir du cautère-porcelaine. Dans celui-ci, l'armature est constituée par un fil de platine A qui s'enroule en spirale autour d'une boule de porcelaine grosse comme le bout du doigt, ou même plus grosse encore. La por-

celaine étant mauvais conducteur de l'électricité, le courant galvanique parcourt toute la spirale de platine, qui devient instantanément incandescente, et qui, en quelques secondes, chauffe à blanc la boule de porcelaine. Ce cautère réclame l'emploi de la pile à forte tension (couvercle n° 1) ; cependant on peut le chauffer au rouge sombre avec le couvercle n° 2, ce qui est préférable dans quelques cas, notamment lorsqu'on se propose d'arrêter certaines hémorrhagies artérielles.

(Fig 4.)

On se sert de fils de platine pour faire plusieurs petites cautérisations qu'il était jusqu'ici ou très-difficile, ou tout à fait impossible d'exécuter au moyen du cautère actuel. Pour cautériser les tumeurs érectiles, on les transperce avec un ou plusieurs fils, en manière de séton, puis on touche simplement les deux extrémités de chaque fil avec les deux gros conducteurs de la machine. La cautérisation commence aussitôt, et on l'arrête instantanément lorsqu'on juge qu'elle est suffisante. Pour cautériser l'intérieur d'un trajet fistuleux ou d'un conduit comme le canal nasal, on introduit à froid et avec précaution, jusqu'au fond du trajet, une anse de platine très-étroite, dont les deux chefs, sortant par l'orifice extérieur, sont mis ensuite en communication avec les deux réophores de l'appareil.

Si le trajet ou le conduit est très-profond, on peut craindre que les deux chefs de l'anse ne se touchent dans leur longueur, ce qui empêcherait le courant électrique de parcourir l'anse jusqu'à son extrémité. Pour obvier à cet inconvénient, on peut disposer les deux chefs le long d'un petit stylet d'ivoire qui les isole. Deux petites tiges de platine, réunies sous un angle très-aigu, forment l'armature de l'instrument destiné à cautériser les dents. Pour cautériser les rétrécissements de l'urètre, M. Middeldorpf a fait construire une algalie composée de deux demi-cylindres de cuivre que sépare une mince couche isolante. Un court stylet de platine formé de deux moitiés isolées dans leur trajet, et unies seulement à leur extrémité terminale, est fixé au bout de l'algalie. L'instrument est introduit à froid dans l'urètre ; le stylet de platine est poussé avec précaution dans le rétrécissement, puis on met l'algalie en communication avec les deux conducteurs de la pile (couvercle n° 2). La chaleur se produit aussitôt, et exclusivement dans l'armature de platine, c'est-à-dire au niveau du rétrécissement. Le reste de l'urètre échappe ainsi à la cautérisation.

(La fin au prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur une nouvelle préparation du quinquina ; le *quinium* (extrait alcoolique à la chaux dosé de M. A. Labarraque, fabricant de produits chimiques au Havre).

Il n'est pas de médication qui ait été plus largement expérimentée, en ces dernières années, que celle qui s'opère par le quinquina ; et l'étude si complète des hautes doses des alcaloïdes de la précieuse écorce est venue élargir de beaucoup le cercle de son intervention thérapeutique. Malheureusement, ce progrès de la science est presque devenu un danger pour l'art. Contrairement à ce que la statistique commerciale a depuis longtemps démontré, à savoir : qu'une consommation plus grande amène toujours un abaissement proportionnel dans le prix des denrées, à mesure que l'emploi thérapeutique du quinquina se faisait sur une plus large échelle, le prix s'en élevait progressivement et d'une façon assez rapide pour éveiller des craintes sérieuses pour l'avenir.

Il n'entre pas dans notre sujet, on le conçoit, d'insister sur les causes de l'élévation sans cesse croissante du prix de l'écorce péruvienne ; nous devons toutefois les signaler en passant, car cette plus large expérimentation de l'agent médicamenteux a eu sa part dans la production de ce danger. La grande consommation d'écorce qui se faisait a conduit à une exploitation inintelligente des forêts de la Bolivie, et une société industrielle s'est formée pour remédier au mal produit. Le commerce des quinquinas du Pérou est devenu alors un monopole, aussi le prix du médicament demeurait-il élevé et restait-il inabordable aux classes pauvres de la société.

En présence de ce fait, plusieurs partis étaient à prendre. Pendant qu'une société savante, par l'institution d'un prix considérable, provoquait les chimistes à tenter la création de toute pièce de la quinine, le *Bulletin de Thérapeutique*, comprenant toute l'étendue de la mission imposée à la presse médicale dans de semblables circonstances, tournait l'attention des expérimentateurs vers l'étude des agents thérapeutiques susceptibles d'être substitués aux préparations du quinquina. L'appel a été entendu, et de nombreux travaux sont venus signaler la valeur incontestable de quelques succédanés. Ces recherches ne pouvaient toutefois aboutir à la solution complète de ce grand problème de pratique médicale et d'économie sociale, car un succédané n'offre jamais qu'une valeur thérapeutique secondaire.

Pendant que le corps médical tout entier s'occupait de fixer par

l'expérimentation clinique la portée pratique des succédanés qui lui étaient recommandés, un savant fabricant de produits chimiques abordait la question sous un point de vue plus élevé et plus radical, puisqu'il tendait à ramener le commerce des quinquinas dans les conditions anciennes.

La Bolivie et le Pérou ne sont pas les seuls pays qui produisent les quinquinas ; en 1760, un médecin espagnol, le docteur Mutis, chef de l'expédition botanique envoyée dans la Nouvelle-Grenade, avait découvert que les forêts de ces contrées contenaient de nombreuses espèces de quinquinas dont les vertus thérapeutiques étaient non moins efficaces que celles des quinquinas du Pérou. L'assertion de Mutis était d'autant plus sérieuse qu'elle reposait sur une étude prolongée pendant trente-cinq années de séjour à Santa-Fé de Bogota, et qu'il avait essayé cliniquement toutes les espèces qui croissent sur le sol de la Nouvelle-Grenade. Désireux d'affranchir le commerce français du joug du monopole de la Société bolivienne, et le corps médical de la crainte de voir jamais manquer le précieux produit exotique, M. Delondre, malgré ses soixante ans, n'a pas hésité à entreprendre un voyage à la Nouvelle-Grenade, afin de s'assurer sur les lieux mêmes de l'étendue des ressources que Mutis nous avait signalées.

L'habile chimiste, riche de nombreux échantillons, aussitôt après son retour en France, s'est occupé de rédiger, en collaboration avec M. le professeur Bouchardat, une nouvelle quinologie, dans laquelle il a mis en parallèle les quinquinas de la Nouvelle-Grenade et du Vénézuela avec ceux de la Bolivie et du Pérou. L'analyse chimique, depuis la précieuse découverte de MM. Pelletier et Caventou, est le meilleur critérium de la valeur thérapeutique de ce médicament. Or, dans le magnifique ouvrage de MM. Delondre et Bouchardat, nous voyons que le quinquina calisaya de Santa-Fé donne de 30 à 32 grammes de sulfate dequinine, et de 3 à 4 de cinchonine par kilogramme d'écorce, quantités d'alcaloïdes qui ne sont pas dépassées dans les analyses des meilleurs quinquinas calisaya de la Bolivie.

Les travaux de M. Delondre, en venant nous démontrer que les nouveaux quinquinas ne sont pas moins riches en alcaloïdes que les anciens, éloignent donc désormais tout sujet d'inquiétude à l'égard du précieux médicament, car les forêts de la Nouvelle-Grenade sont inépuisables.

Il y a donc en cela un grand service rendu au pays ; mais toutes les questions posées par le point de vue pratique n'étaient pas encore résolues. Un *desideratum* depuis longtemps exprimé restait à

remplir, celui d'un allégement considérable dans le prix du précieux médicament. Dans le désir d'atteindre ce but, quelques savants médecins, M. Bretonneau surtout, ont cherché à ramener le corps médical à la pratique des anciens, qui faisaient usage seulement de la poudre. Malgré le prix peu élevé de cette préparation, ces tentatives ont toujours échoué. La raison en est facile à donner : les proportions d'alcaloïdes contenues dans les écorces des diverses espèces de quinquinas sont des plus variables, puisqu'elles oscillent entre 20 centigrammes et 35 grammes.

Du reste, c'est à cette différence si considérable de richesse des écorces qu'est dû le discrédit des préparations du quinquina, telles que les extraits, les vins, les sirops, les décoctions. Elles n'offrent en effet au thérapeutiste aucune garantie de constance de composition, puisqu'on ne peut savoir avec quelles écorces elles ont été faites. A cette première source d'incertitude vient s'en ajouter une seconde non moins puissante. Les alcaloïdes du quinquina sont peu solubles dans l'eau, de sorte que les préparations magistrales, alors même qu'elles seraient exécutées avec les écorces les plus riches en bases organiques, ne peuvent fournir que des médicaments d'une faible valeur, surtout comme agents thérapeutiques spéciaux.

MM. Delondre et A. Labarraque ont songé à combler ce desideratum en composant un extrait qui représentât fidèlement tous les principes utiles du quinquina. Sur l'avis émis par l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce ayant approuvé la formule pour la composition de cet extrait, désigné sous le nom de *quinium*, nous croyons devoir faire l'exposé des raisons principales qui ont conduit à cette autorisation avant de produire la formule du quinium.

Voici d'abord les principes qui ont servi de base à cette préparation. Il fallait en effet :

1° Trouver une préparation permettant d'utiliser tous les quinquinas qui contiennent à la fois de la quinine et de la cinchonine en notable proportion, et ce sont les plus nombreux. (M. Soubeiran fait remarquer dans son Cours de pharmacologie que l'association de la cinchonine à la quinine présente dans bien des cas de sérieux avantages, et que les deux bases fébrifuges se complètent l'une par l'autre sous le rapport thérapeutique.)

2° Arriver à l'uniformité du produit par un dosage facile et rigoureux des alcaloïdes fébrifuges en mettant ainsi à contribution, de la manière la plus heureuse, la découverte de Pelletier et de Caventou.

3° Conserver tous les produits utiles des quinquinas en éliminant seulement les matières inertes qui s'opposent à la facile absorption des principes actifs et qui fatiguent l'appareil digestif.

4° Fixer un rapport en quinine et en cinchonine comparable à celui que l'on trouve dans le quinquina que l'expérience médicale de tous les temps a montré être le plus efficace, le *quinquina rouge vif*, qui est à peine employé aujourd'hui à cause de son prix très-élevé.

5° Simplifier les opérations de manière qu'il n'y ait rien de perdu et de façon qu'on puisse livrer le meilleur fébrifuge au plus bas prix possible.

C'est en effet une question très-importante que celle du prix lorsqu'il s'agit d'un médicament cher, dont l'usage doit être continu et qui, le plus souvent, est nécessaire aux plus pauvres travailleurs des campagnes.

Voici maintenant la formule de la préparation de M. A. Labarraque, telle qu'elle a été adoptée par l'Académie de médecine et inscrite dans son Bulletin.

Formule de l'extrait alcoolique de quinquina à la chaux.

Prenez des écorces de quinquina dont la composition vous sera connue.

Mêlez ces écorces en quantités telles que la quinine s'y trouve, relativement à la cinchonine, dans la proportion de deux parties de quinine sur une de cinchonine.

Broyez ces écorces; mêlez la poudre avec la moitié de son poids de chaux éteinte par l'eau.

Traitez ce mélange par l'alcool bouillant jusqu'à épuisement.

Recueillez par la distillation la majeure partie de l'alcool. Achevez l'évaporation.

Le résidu est l'extrait alcoolique de quinquina à la chaux.

4 grammes 50 centigrammes de cet extrait doivent donner par les procédés connus :

Sulfate de quinine................	1 gramme.
Sulfate de cinchonine..............	50 centigrammes

Ou 100 grammes doivent donner par les procédés connus :

Sulfate de quinine..............	22 grammes 20 centigrammes.
Sulfate de cinchonine............	11 grammes 10 centigrammes.

La tolérance pour ces proportions sera du dixième.

Pilules de quinium.

15 centigrammes de quinium en une pilule représentent 5 centi-

grammes d'alcaloïde fébrifuge et ne se vendent que 5 centimes aux malades. Trente pilules suffisent dans le plus grand nombre de cas pour guérir une fièvre intermittente : on en administre de 5 à 10 dans les vingt-quatre heures, le plus loin possible de l'accès à venir. Après chaque prise, boire un demi-verre de vin.

Vin de quinium.

Ce vin, qui peut rendre de grands services comme tonique, comme fébrifuge et pour prévenir le retour des fièvres intermittentes rebelles, M. A. Labarraque le prépare suivant la formule suivante :

Pr. Quinium .... 4 grammes 50 centigrammes ;

faites dissoudre dans douze fois le poids d'alcool à 36° Cartier. Mélangez à

Vin blanc généreux .... 1 litre.

Filtrez. Le vin renferme 1 gramme 50 centigrammes des deux alcaloïdes pour 1000 grammes. Dose de 50 grammes à 100 grammes comme tonique ; de 100 à 200 grammes comme fébrifuge.

Quant aux avantages comparés du sulfate de quinine et du quinium, voici comment M. Bouchardat les formule dans son Traité de thérapeutique et de matière médicale :

« Toutes les fois qu'il faudra couper un accès sûrement et promptement, dit-il, le sulfate de quinine marchera toujours avant toutes les préparations de quinquina ; aucune d'elles, et le quinium lui-même, ne pourront lui être comparés pour cette merveilleuse puissance. C'est pour cela que rien ne peut le remplacer lorsqu'il faut combattre des accès principaux. Mais lorsqu'il s'agira de guérir une fièvre ancienne, sûrement, sans secousses, c'est alors que le quinium reprendra la suprématie.

« Quand il s'agit de combattre les fièvres intermittentes dans un hôpital ou dans une localité saine éloignée des foyers où ces fièvres ont pris naissance, l'expectation seule (comme M. Chomel l'avait si bien établi pour les hôpitaux de Paris, comme M. Laveran l'a vérifié pour ceux de Blidah) suffit dans le plus grand nombre des cas : le sulfate de quinine est dans ces conditions l'adjuvant le plus précieux de l'expectation ; il montre encore dans ces conditions spéciales, pour débarrasser *vite* et *définitivement* les malades des fièvres intermittentes qui les tourmentaient, son incontestable supériorité.

« Mais quand les malades restent dans les localités et dans les conditions où ils ont été pris par la fièvre, c'est alors que le remède qui use le mal sans causer d'ébranlement à l'économie reprend à son tour sa supériorité.

« C'est dans les pays à fièvre, au milieu des causes qui leur ont donné naissance, quand ces mêmes causes persistent, que tous les avantages du quinium apparaissent. C'est dans ces conditions que M. Vahu l'a administré dans l'Algérie, M. Hudellet dans les Dombes, et moi-même dans plusieurs localités à fièvre du département de l'Yonne. »

A ces premiers renseignements fournis par M. Bouchardat, nous espérons en pouvoir joindre bientôt de nouveaux. Le quinium est largement expérimenté dans les cliniques de M. Trousseau à l'Hôtel-Dieu, et de M. Aran à l'hôpital Saint-Antoine, et ces essais nous fourniront l'occasion de revenir sur cette importante question.

Formule pour la préparation de cigarettes antiasthmatiques.

Le stramonium, la belladone, qui, fumés, jouissent à juste titre de la réputation de soulager l'asthme, et qui sont employés avec le plus incontestable succès pour combattre les névralgies, partagent quelques-unes de leurs propriétés avec les plantes nitrées ; ainsi, j'ai vu des malades qui avaient éprouvé un grand soulagement par l'usage des feuilles de bourrache et de pariétaire, plantes qui, comme tout le monde le sait, renferment beaucoup de nitrate de chaux.

Le reproche que presque tous les malades font aux plantes narcotiques, fumées dans des pipes ou sous la forme de cigarettes, est une production abondante de fumée qui les fatigue et qui quelquefois provoque la toux, que leur usage a cependant pour but de calmer.

Afin de remédier à cet inconvénient, j'ai ajouté du nitre aux feuilles de belladone et de stramonium, en arrosant ces plantes, séchées et divisées convenablement, avec une solution de nitrate de potasse, dans la proportion de cent grammes de nitre par kilogramme de plantes. On comprend comment, cette solution pénétrant tout le tissu végétal, celui-ci, une fois sec, brûle complétement, sans la production des produits pyrogénés dont nous parlions plus haut.

Depuis plusieurs années déjà, je prépare des cigarettes d'après cette formule, et le bien qu'elles ont fait à un grand nombre de malades m'autorise à croire que cette combinaison est bonne ; c'est ce qui me détermine à publier la formule, et à appeler l'attention des praticiens sur ce mode de traitement, consistant à faire fumer par les malades les plantes narcotiques associées au nitrate de potasse.

DANNECY,
Pharmacien à Bordeaux.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Études cliniques sur l'emploi de l'électrisation localisée pour le diagnostic des surdités curables.

Tous ceux qui se sont occupés d'une manière spéciale du traitement de la surdité ont été frappés du peu de résultats heureux que peuvent le plus souvent fournir les moyens thérapeutiques que nous avons en notre pouvoir. Ils savent aussi que la plupart des insuccès proviennent de ce que les malades, en général, réclament trop tardivement les secours médicaux, et de ce que, les maladies de l'oreille étant extrêmement complexes, il est très-difficile de mettre en usage la médication appropriée.

En général, les malades atteints de surdité ne s'adressent aux médecins que lorsque le mal se trouve invétéré, ou bien lorsqu'ils ont perdu en grande partie la perception des sons. Quelques-uns, qui pourraient être facilement guéris dès le début de leur infirmité, ne veulent point se soumettre à des médications locales et générales qui dérangeraient leur manière de vivre. Il suffit d'avoir été consulté par quelques sourds pour se convaincre de la vérité de ces propositions. A vos interrogations ils répondent que, longtemps avant de perdre l'ouïe, ils ont eu des bourdonnements passagers, et auxquels ils n'ont pas pris garde; qu'ils ont eu des alternatives de mal et de bien; mais que les symptômes qu'ils éprouvaient les affectaient trop peu pour réclamer de la médecine des secours dont ils espéraient pouvoir se passer. Si maintenant l'on songe au grand nombre de malades que l'on ne peut guérir, vu l'insuffisance de nos moyens pour reconnaître la nature de la maladie; si l'on considère combien le diagnostic local des surdités est peu avancé, on comprendra les faibles succès des médications généralement employées, et on s'expliquera pourquoi des médecins qui se sont spécialement occupés de la surdité finissent par abandonner ces études, le plus souvent stériles, ou dont les quelques résultats heureux sont loin d'être en rapport avec les travaux pénibles et fatigants qu'ils ont nécessités.

Cependant, quoique le traitement des surdités soit une des parties les moins avancées de la thérapeutique, on peut, guidé par des recherches que je vais faire connaître, débrouiller un peu l'obscurité qui a régné jusqu'ici, et obtenir, à leur aide, des résultats assez positifs.

Disons tout d'abord que le but de ce mémoire est de faire connaître un signe caractéristique à l'aide duquel on pourra constater,

je le pense, si un individu atteint de surdité peut être guéri, ou bien si la maladie est du genre de celles contre lesquelles les médications locales et générales viennent échouer. Envisagée à ce point de vue, la question, comme on le voit, présente un intérêt tout particulier; car si j'arrive à démontrer qu'il est un phénomène qui indique la curabilité des affections de l'oreille, le médecin, n'ayant plus à s'occuper que des malades curables, aura certainement plus de chances de succès dans sa thérapeutique, puisqu'il ne s'adressera qu'à des lésions contre lesquelles l'art peut être puissant.

On a distingué plusieurs espèces de surdité par rapport à l'état général; telles sont celles dites : catarrhale, rhumatismale, syphilitique, scrofuleuse, hystérique, etc. Par rapport à l'état local, on a étudié séparément celles qui proviennent d'obstructions du conduit auditif externe, d'inflammations de la caisse du tympan et des cellules mastoïdiennes, d'inflammations ou d'oblitérations de la trompe d'Eustache, d'affections cérébrales, etc.

Toutes ces distinctions capitales méritent d'être prises en grande considération; car quel est le médecin qui, en présence d'une surdité de cause générale, espérerait la guérir en employant seulement une médication locale? Mais si ces divisions nous permettent d'appliquer à chaque surdité le traitement qui semble le mieux devoir réussir, elles ne nous apprennent que fort peu de chose sur l'état des nerfs de l'intérieur de l'oreille. Elles nous indiquent bien qu'en présence d'un malade atteint d'affection syphilitique avec perte de l'ouïe, il faut recourir à une médication générale et locale appropriée; mais elles se taisent sur l'état des nerfs qui président à la sensibilité générale et spéciale de l'ouïe. Il est cependant de la plus haute importance de pouvoir reconnaître si les nerfs sont lésés matériellement, ou s'ils n'ont perdu que momentanément l'usage de leurs fonctions, par suite des lésions graves qui existent dans les tissus qui les entourent.

Pour constater l'état des nerfs, on a eu jusqu'ici recours à deux signes, importants du reste, mais qui sont loin de nous bien fixer à cet égard. Le premier consiste à se servir de la montre appliquée sur ou près du pavillon de l'oreille, afin de mesurer exactement la diminution de l'ouïe; mais ce moyen de diagnostic est infidèle; car, s'il nous apprend le degré d'abaissement de l'ouïe, il ne nous indique pas si sa diminution tient à une altération du nerf ou à un trouble fonctionnel de cet organe. De plus, qu'un polype ou une végétation siége dans l'intérieur du conduit auditif externe, l'ouïe sera singulièrement diminuée, ce que démontrera parfaitement

l'usage de la montre : il y aura, dans ce cas, surdité ; et cependant les nerfs seront à l'état intact, et il suffira de faire disparaître le corps étranger pour rendre à l'ouïe l'intégrité complète de ses fonctions.

Il y a environ un an, on m'amena une jeune demoiselle de quatorze ans, qui se trouvait atteinte d'une végétation de forme polypeuse, située au fond du conduit auditif externe ; l'ouïe était complétement perdue, puisque cette malade n'entendait en aucune manière les battements de la montre appliquée sur le pavillon de l'oreille. J'excisai cette végétation, et j'en détruisis les racines par l'application de la pâte au chlorure de zinc, laissée en place pendant trente-cinq minutes. Dès que l'escarre fut tombée, la surdité disparut complétement, puisqu'elle entendait alors la montre à un mètre de distance. Depuis lors, les fonctions de l'organe se sont maintenues.

Astley Cooper a proposé, comme moyen de diagnostic des surdités qu'il appelle nerveuses, l'application de la montre dans l'intérieur de la bouche. « Si, dit-il, un malade atteint de surdité n'entend point alors ses battements, on peut diagnostiquer une surdité consécutive à une altération du nerf, et, par suite, une surdité plus ou moins incurable. » Ce signe ne peut avoir qu'une médiocre valeur, car il est des indvidus qui sont sourds et curables, comme j'ai occasion de l'observer souvent, et qui cependant perçoivent les battements de la montre placée dans l'intérieur de la bouche. Et puis il nous est impossible de diagnostiquer à son aide si le nerf est malade, ou bien si ces désordres intérieurs de l'oreille n'ont pas amené comme conséquence la paralysie momentanée de l'organe de l'ouïe. Ces deux signes laissent dans l'esprit des médecins de grandes obscurités ; il n'est pas étonnant que les auteurs n'y aient attaché qu'une faible importance, et qu'ils n'aient pu nous guider jusqu'ici pour reconnaître la curabilité de telle ou telle surdité.

Si, sur un individu bien portant et dont l'ouïe n'a subi aucune espèce d'altération, on recherche quelle est l'action physiologique de l'électricité sur les nerfs de l'intérieur de l'ouïe, on constate, en suivant le procédé que je vais indiquer, qu'au moment où le fluide galvanique pénètre dans la caisse du tympan, le malade accuse instantanément, d'abord une douleur à ce niveau, et ensuite une sensation plus ou moins agréable, et, si la dose de l'électricité est plus forte, une sensation gustative et une émission à la pointe et sur la partie antérieure des bords de la langue. Ce phénomène, qui a été constaté par MM. Duchenne, Longet, etc., prouve évi-

demment que l'électricité agit sur les nerfs de l'intérieur de l'oreille et en particulier sur la corde du tympan. Or, comme cette dernière communique avec le nerf lingual, il n'est pas étonnant que la sensation produite par l'électricité soit perçue et dans l'intérieur de l'oreille et au sommet de la langue.

Ces expérimentateurs ont encore constaté que, lorsqu'ils faisaient traverser, sur un animal vivant, l'intérieur de l'oreille, préalablement mis à découvert, par un courant galvanique, l'électricité produisait un ébranlement de tous les osselets de l'ouïe.

Avant d'aller plus loin, indiquons le procédé opératoire, et donnons la description des phénomènes observés pendant cette petite opération.

Procédé opératoire. — La tête étant inclinée de manière à placer dans une direction perpendiculaire le conduit auditif externe, on injecte dans ce dernier une quantité d'eau suffisante pour remplir sa première moitié. Si le conduit auditif était entièrement rempli d'eau, l'excitation à un degré plus élevé atteindrait le rameau temporal de la cinquième paire, et le nerf facial, qui, à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, se trouve à 4 ou 5 millimètres de distance de la portion cartilagineuse de ce conduit. On plonge ensuite dans celui-ci un fil métallique, ayant soin de ne pas le mettre en contact avec la membrane du tympan ou avec les parois du conduit auditif. Après avoir attendu que l'espèce de bourdonnement produit par l'impression du liquide sur la membrane du tympan ait disparu, on met l'excitateur auriculaire en rapport avec l'un des conducteurs d'un appareil d'induction, et l'on ferme le courant en plaçant sur la nuque un excitateur humide (une éponge mouillée enfoncée dans un cylindre) qui lui-même communique avec le second conducteur de cet appareil. L'appareil qui sert à ces expériences doit être approprié à la délicatesse de l'organe sur lequel on agit, c'est-à-dire que le minimum de sa puissance doit être à peine appréciable en appliquant les excitateurs métalliques sur l'extrémité de la langue, et qu'il doit pouvoir se graduer avec précision et sur une échelle d'une grande étendue.

Phénomènes observés pendant l'opération.—L'appareil étant gradué au minimum, on perçoit, à l'instant même où a lieu l'intermittence du courant, un petit bruit sec, parcheminé, au fond du conduit auditif externe ; avec des intermittences très-rapides, ces bruits se rapprochent au point d'imiter celui qui est produit par le battement des ailes d'une mouche qui vole entre une vitre et un rideau. A ces phénomènes s'ajoute une sensation de chatouillement quand le gra-

duateur marque de 4 à 5 millimètres ; et de 8 à 10 millimètres, le chatouillement est remplacé par une douleur qui devient de plus en plus vive. « Lorsque la graduation de mon appareil marqua de 25 à 30 millimètres, j'éprouvai très-nettement, dit M. Duchenne, un chatouillement dans le côté droit de la langue et à la réunion de son tiers postérieur avec son tiers moyen. Elevant encore par millimètres l'intensité du courant, je sentis le chatouillement gagner progressivement la pointe de la langue, où j'éprouvai un engourdissement et un picotement désagréables, qui allèrent jusqu'à la douleur. »

Puisque, en excitant les nerfs de l'oreille chez un individu qui a conservé l'intégrité complète des fonctions de l'ouïe, on provoque à la pointe de la langue une sensation gustative et une douleur assez vive, il était naturel de rechercher si, chez les individus atteints de surdité, on pouvait constater un pareil phénomène. Je commençai ces expériences dans le courant de l'année 1855, et je les ai depuis lors continuées.

Je reconnus, d'abord, qu'il était un certain nombre d'individus sourds, depuis plus ou moins longtemps, qui, malgré leur affection, percevaient très-distinctement, sous l'influence de l'électricité, cette douleur de la pointe de la langue, tandis qu'il en était d'autres chez lesquels ce signe manquait d'une manière complète.

En présence de pareils résultats, il était utile de rechercher si les traitements locaux et généraux devaient modifier les surdités des malades placés dans la première catégorie, et si ces traitements devaient être sans action sur les autres.

Les expériences entreprises dans ce but, et qui ont été suivies par plusieurs de mes confrères, membres de la Société de médecine de Lyon, me permettent d'avancer que les surdités dans lesquelles on peut constater la douleur à la pointe de la langue, sous l'influence de l'électricité, peuvent être guéries ou notablement améliorées, tandis que les surdités dans lesquelles on ne peut constater ce phénomène physiologique sont incurables.

Des surdités dans lesquelles on peut constater, sous l'influence de l'électricité, la douleur à la pointe de la langue.

Obs. I. En 1855, je fus consulté par un ancien négociant, sourd depuis sept ans, et qui, inutilement, avait subi de nombreux traitements. D'un tempérament nerveux et affecté depuis longtemps de rhumatisme, ce malade, qui avait vu successivement son ouïe s'affaiblir de plus en plus, était arrivé à un tel état de surdité, qu'il n'entendait plus la montre appliquée sur le pavillon de chacune de ses oreilles. Successivement traité à Paris et à Vienne par MM. Ménier, Deleau et Krammer, il n'avait éprouvé de ces nombreux traitements aucune amélioration. Excision des amygdales, cathétérisme de la trompe d'Eustache, cautérisation

avec la potasse derrière les oreilles, médications générales destinées à combattre l'élément nerveux et rhumatismal, tous ces moyens avaient échoué. Comme il n'existait aucune lésion dans le conduit auditif externe, ni dans l'intérieur de la trompe d'Eustache, je songeai à employer chez ce malade l'électricité. Je n'eus pas plutôt traversé ses oreilles par un courant galvanique, qu'il ressentit une très-forte douleur sur les bords et à la pointe de la langue; et quel ne fut pas mon étonnement lorsque le lendemain, en venant me rendre visite, il m'accusa une amélioration très-marquée, puisqu'il avait pu entendre sonner sa pendule. Je soumis ce malade à la même médication pendant une quinzaine de jours. Chaque séance durait environ cinq minutes. L'ouïe s'améliora de plus en plus, puisque, au bout de ce laps de temps, cette personne pouvait suivre avec facilité une conversation ; résultat inestimable pour lui, qui s'était éloigné des affaires, tant son infirmité lui était préjudiciable.

Obs. II. En décembre 1856, je fus consulté par un malade qui, à la suite d'une affection syphilitique et de violents chagrins, avait perdu, depuis près de dix ans, l'ouïe du côté gauche. En proie à des douleurs de tête violentes et à des bourdonnements continuels dans l'oreille malade, il lui était matériellement impossible d'entendre du côté affecté non-seulement les battements de la montre appliquée contre l'oreille, mais même le moindre son, à moins, toutefois, qu'on ne criât très-fort et près de lui. J'employai l'électricité, et ayant reconnu, à son aide, que le malade percevait une douleur très-vive à la pointe de la langue, lorsque je faisais traverser son oreille par un courant électrique, je crus pouvoir tenter la cure de cet homme. En conséquence, je prescrivis à l'intérieur un traitement antisyphilitique par des tisanes dépuratives, l'iodure de potassium, le chlorure d'or, combinés avec des purgatifs salins, et je pratiquai comme médication locale une cautérisation profonde de l'apophyse mastoïde, telle que l'a conseillé M. Bonnet, de Lyon, et je fus assez heureux pour obtenir, sinon la guérison complète de cette surdité, du moins une amélioration tellement marquée, que cet homme pouvait, trois mois après le début de ce traitement, entendre parfaitement sa montre à un mètre de distance et suivre parfaitement une conversation à voix basse. L'amélioration ne s'est pas démentie ; elle n'a été même qu'en augmentant, puisque, à son retour de Louèche, en août 1857, il entendait presque aussi bien de l'oreille primitivement affectée que de celle qui n'avait jamais été malade.

Obs. III. En avril 1857, je fus consulté par une dame âgée de trente ans, qui, depuis un an environ, était sujette à des bourdonnements d'oreille très-violents et à un affaiblissement de l'ouïe du côté droit, tel qu'elle ne pouvait presque suivre aucune conversation ni entendre les battements de la montre appliquée sur le pavillon de son oreille. Je constatai chez cette dame, à l'exploration électrique, cette douleur caractéristique de la pointe de la langue. Comme cette dame était douée d'un tempérament éminemment nerveux, et que la surdité était apparue à la suite de crises hystériques violentes, je prescrivis l'emploi de pilules de Méglin, et je pratiquai des insufflations d'éther dans l'intérieur de l'oreille moyenne ; et, sous l'influence de cette médication locale et générale, continuée pendant un mois environ, je fus assez heureux pour faire cesser en grande partie les bourdonnements et pour mettre cette dame dans la possibilité d'entendre les battements de la montre placée à 7 centimètres environ du pavillon de son oreille.

Obs. IV. En mai 1857, un homme d'environ quarante-cinq ans vint me consulter pour un bourdonnement violent qu'il ressentait depuis six mois dans l'in-

térieur de l'oreille gauche, avec diminution notable de l'ouïe. Cette maladie était survenue à la suite de l'impression d'un froid humide, et s'aggravait tellement, que lorsque le malade vint réclamer mes soins il n'entendait plus les sons que d'une manière très-confuse. Ayant développé chez lui la douleur caractéristique de la base de la langue, je prescrivis comme traitement général de l'affection rhumatismale, des bains sulfureux et l'emploi du colchique d'automne; j'ordonnai des frictions derrière les oreilles avec la pommade stibiée, et je pratiquai, pendant huit jours consécutifs, des insufflations d'éther dans l'intérieur de l'oreille moyenne, en introduisant une sonde au dedans de la trompe d'Eustache. Comme chez les autres malades précédemment cités, j'obtins une très-grande amélioration.

Obs. V. Enfin, chez un malade qui m'a été adressé par M. le docteur Robin, de la Côte-Saint-André, j'ai constaté le signe en question, et, lui ayant prescrit un traitement général antirhumatismal et l'emploi de pommades irritantes derrière les oreilles, j'ai appris qu'un mois après le début de ce traitement, ce malade éprouvait une légère amélioration.

Dans la première des deux observations citées par M. Duchenne et dans lesquelles l'électricité a produit des résultats heureux, il est dit que le malade perçut distinctement la douleur caractéristique de la langue : M. Duchenne ne nous indiquait point, dans la seconde observation, si le patient ressentit ce phénomène physiologique; il nous est impossible de tirer de ce dernier fait une interprétation favorable ou défavorable aux idées que nous défendons actuellement.

Des surdités dans lesquelles on ne peut constater, sous l'influence de l'électricité, la douleur de la pointe de la langue. — Les cas de surdité dans lesquels je n'ai point rencontré au début la douleur caractéristique de la langue, sous l'influence de l'électricité, sont fort nombreux. Chez tous, je n'ai pu obtenir aucune guérison, ni même aucune amélioration marquée. C'est ainsi, par exemple, que chez M. X., sourd depuis une dizaine d'années et à bout de toute espèce de traitement, j'ai pratiqué, sans succès, de profondes cautérisations derrière les apophyses mastoïdes; chez d'autres, indépendamment de traitements généraux appropriés, j'ai fait des insufflations d'éther; chez d'autres, j'ai fait usage de l'électricité, sans obtenir le moindre résultat de ces diverses médications. Je suis si peu encouragé, vu les insuccès que j'ai obtenus chez les sourds qui ne m'ont point présenté, à l'exploration, le signe caractéristique que je cherche à mettre en évidence dans ce mémoire, qu'aujourd'hui je me refuse d'une manière complète à traiter ceux dont la surdité sont déjà anciennes et qui ne me présentent point, à l'exploration électrique, la sensation particulière que l'on perçoit physiologiquement à la pointe de la langue. Dernièrement encore, sollicité de donner mes soins à des sourds qui avaient été témoins des résultats heureux que j'avais obtenus, j'ai entrepris, à leurs sollicitations pressantes, après avoir constaté chez eux l'absence du symptôme en question, des traite-

ments de diverse nature, et, malgré tous mes efforts, je n'ai pu obtenir aucune espèce d'amélioration. Enfin, chez un de nos honorables confrères, sourd depuis plus de vingt-cinq ans et considéré par lui et par ceux qui l'avaient traité comme tout à fait incurable, j'ai trouvé, comme chez les autres, cette absence de la douleur à la langue sous l'influence de l'électricité.

Il y a environ deux mois qu'un malade, âgé de vingt-neuf ans, vint me consulter pour une surdité consécutive à une affection syphylitique. Depuis environ six mois il n'entendait presque rien du côté gauche. Un examen superficiel de l'intérieur du conduit auditif externe ne m'ayant révélé aucune altération, je soumis ce malade au galvanisme, afin de constater s'il percevait encore la sensation douloureuse de la pointe de la langue. Etonné de ce que le malade, qui était sourd depuis si peu de temps, n'éprouvait point cette douleur caractéristique, j'examinai de nouveau l'intérieur du conduit auditif, et je reconnus, tout à fait au niveau de la membrane du tympan, une carie de l'os temporal. Evidemment, chez ce malade, la lésion grave qui existait dans l'intérieur de l'oreille avait dû atteindre les nerfs et produire consécutivement une surdité incurable.

Après avoir acquis la conviction, d'après les faits que je viens d'exposer, que les sourds incurables n'éprouvent point la douleur caractéristique de la langue sous l'influence du galvanisme, j'ai voulu rechercher l'action physiologique de l'électricité sur les sourds et muets. Je n'ai, jusqu'ici, eu que deux fois l'occasion de renouveler cette expérience : eh bien, sans vouloir cependant tirer de ces deux faits une interprétation favorable à mes idées, je dirai que j'ai pu me convaincre que la douleur perçue à la langue sous l'influence de l'électricité manquait complétement chez eux.

Pour donner plus de valeur aux recherches cliniques que je viens de faire connaître, il me faudrait maintenant produire des faits nécroscopiques qui montreraient que, dans les cas où les malades n'ont point perçu cette sensation caractéristique de la langue, on a pu constater à l'autopsie des altérations de la corde du tympan et des nerfs de l'intérieur de l'oreille; mais n'ayant pas eu encore l'occasion de faire l'autopsie des sourds préalablement soumis aux expériences citées plus haut, il m'est impossible d'appuyer mes idées par des résultats cadavériques.

Cependant, si l'on consulte les travaux de ceux qui ont écrit sur l'anatomie pathologique de la surdité, on peut, ce me semble, avancer *à priori* que chez les sourds qui ne présentent point le signe pathognomonique en question, il existe des altérations et des des-

tructions des nerfs de l'ouïe. En effet, en parcourant les ouvrages d'Itard, de Ménière, de Krammer et de Triquet, j'ai vu que, dans la surdi-mutité et dans les surdités dites incurables, toutes les fois qu'il a été mention, dans l'anatomie pathologique, de la corde du tympan et des nerfs de l'intérieur de l'oreille, j'ai vu, dis-je, que cette corde et les nerfs se présentaient alors enflammés et ramollis, ou n'existaient plus. Ainsi, pour ne citer que quelques exemples, chez un malade qui avait présenté, durant sa vie, des symptômes de surdité nerveuse, M. Triquet (1) a trouvé entre autres, à l'autopsie, la corde du tympan ramollie, et les nerfs qui concourent à former l'anastomose de Jacobson complétement détruits.

Itard (2) s'est assuré, en examinant l'oreille d'un sourd-muet, qu'elle était dépourvue de la membrane du tympan, et que la caisse, vide de ses osselets, se confondait avec le conduit auditif. Dans un autre cas, chez un sourd-muet qui avait perdu l'ouïe en bas âge, à la suite d'un long écoulement de pus, il a vu, à l'autopsie, toutes les sinuosités et les cavités de l'oreille détruites et confondues en une seule, qui ne formait plus qu'un cul-de-sac au rocher. Enfin, chez un sourd-muet de quinze ans, M. Triquet (3) a constaté, à l'autopsie, que la corde du tympan manquait complétement.

Les expériences que je viens de faire connaître m'autorisent donc à penser que la douleur perçue à la pointe de la langue, sous l'influence du galvanisme, par les individus atteints de surdité, peut être de quelque valeur dans le pronostic des maladies de l'oreille. Si ceux qui les renouvelleront peuvent arriver aux résultats que j'ai obtenus, nul doute qu'elles puissent servir à faire progresser la thérapeutique de ces affections. R. Philipeaux, D. M.

à Lyon (Rhône).

BIBLIOGRAPHIE.

1° *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie* : Recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons, du cœur, des névralgies et des rhumatismes musculaires, de la chlorose, de l'anémie, de la fièvre intermittente, des déplacements de la matrice, de l'hystérie, des ankyloses, des tumeurs blanches, de la goutte, des maladies de la moelle, des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc., par M. L. Fleury,

(1) Triquet, Maladies de l'oreille, p. 580.

(2) Tome I, p. 315.

(3) Voyez Bulletin de l'Académie, 6 mai 1856.

médecin de l'Empereur, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc.

2° *Leçons d'hydrothérapie, professées à l'École pratique de médecine de Paris*, par M. le docteur Macario, directeur de l'établissement hydrothérapique do Serin, à Lyon, etc.

3° *De l'hydrothérapie, comme moyen abortif des fièvres typhoïdes*, mémoire auquel la Société de médecine du Gard (Nîmes) a accordé une mention honorable au concours de 1854, par M. R. F. L. Diemer, D.-M., médecin aux bains d'Aix-la-Chapelle, etc.

Il y a de longues années déjà que, rendant compte ici même des travaux de M. Scoutetten et de Schedel sur l'hydrothérapie, nous n'hésitâmes point à nous séparer de ces frondeurs légers qui, en face des faits recueillis par Priessnitz, ne répondirent que par des plaisanteries d'un goût douteux à l'enthousiasme de l'Allemagne tout entière. Comme en toute chose nouvelle dans ce monde, il y avait ici à faire la part de la vérité et de l'erreur, et nous l'avons faite. Nous nous félicitons aujourd'hui de la mesure que nous avons apportée dans l'étude de cette question ; et ce que nous avons dit alors, nous le dirions presque encore aujourd'hui, mais, grâce aux travaux de M. Fleury, d'une manière beaucoup plus explicite que nous n'avons pu le faire alors. C'est le mérite de cet observateur habile, de cet esprit tenace, d'avoir saisi tout d'abord la portée des faits confus, qu'accumula tout d'abord l'expérimentation brutale du paysan penseur de Grœfenber, d'être parti de là pour porter la lumière dans ce chaos, à l'aide d'expériences méthodiques, et enfin d'avoir établi sur une base solide une médication dont l'efficacité est désormais hors de toute contestation.

Le livre dans lequel M. Fleury expose dogmatiquement sa pensée sur cette médication et qui, en peu de temps, est arrivé à sa seconde édition, ce livre mérite au plus haut degré de fixer l'attention des médecins. Dans notre opinion, bien que sur plusieurs points nous eussions de la peine à ne point nous séparer de M. Fleury, c'est dans ce livre qu'il faut aller chercher les idées les plus saines sur l'action physiologique exercée sur l'organisme par l'hydrothérapie. Dans l'interprétation sur laquelle notre savant confrère insiste surtout, pour rendre raison de l'action médicatrice de cette méthode thérapeutique, il est impossible de n'être pas frappé d'un rapport imprévu, c'est que cette interprétation se rapproche infiniment de celle que divers médecins des eaux minérales, M. Durand-Fardel surtout, ont donné de l'action de ces eaux, si elle ne se confond complétement avec elle. Ainsi que nous le disions dernièrement encore, et en nous servant d'une expression de Bordeu, c'est en frappant à la porte des diverses

sécrétions, que la plupart des eaux minérales se montrent efficaces dans les maladies qui les appellent, et c'est également en surexcitant ces fonctions éliminatrices de l'organisme, que, dans la pensée de M. Fleury, agit surtout l'hydrothérapie dans les mêmes circonstances. Toutefois, hâtons-nous de le dire, ne voir, dans l'action de la médication hydrothérapique sur l'économie vivante, que cette suractivité imprimée à cet ordre de fonctions, ce n'est pas suivre jusqu'au bout le médecin en chef de l'établissement de Bellevue dans la conception dogmatique de cette médication, ce n'est pas savoir toute sa pensée. C'est sur une analyse plus profonde, plus immédiatement saisissable des phénomènes de la maladie, que ce médecin sagace fonde les indications de la médication hydrothérapique. C'est ainsi que sous ses mains habiles, cette médication devient successivement antiphlogistique, hémostatique; sédative, ou hyposthénisante, reconstitutive et tonique, excitative, révulsive, résolutive, sudorifique, altérante ou dépurative, et enfin antipériodique, et tout cela suivant le *modus faciendi* du thérapeute, suivant le régime auquel sont astreints les malades. Il faut lire dans l'ouvrage même de notre savant confrère toutes les modifications qu'un esprit ingénieux peut imprimer à l'hydrothérapie, pour s'édifier complétement sur la portée de cette médication.

« En choisissant l'hydrothérapie pour sujet de mes investigations, dit quelque part notre auteur, je me suis proposé de transformer une médication puissante, mais empirique, systématique, exclusive, aveugle, entachée d'ignorance ou de charlatanisme, en une médication rationnelle, méthodique, avouée par la science, en rapport avec l'état actuel de nos connaissances physiologiques et pathologiques. » Dans l'édification de cette partie de la médication nouvelle, M. Fleury, avec la décision qui est un des traits de son esprit, autant que de son caractère franc, tout en conservant un profond respect pour la Faculté de médecine de Paris, notre *alma parens* à tous, M. Fleury, dis-je, n'hésite pas à se séparer nettement de ces hommes rétrogrades, qui en sont encore à regarder, à cette heure du dix-neuvième siècle, si une science vaste, forte de la vie normale ou pathologique, ne va pas sortir tout d'une pièce des amphithéâtres de dissection. Comme d'un homme de la valeur de M. Fleury, et quelque peu engagé peut-être dans l'impasse de l'anatomisme pur, une profession de foi sur ce point capital peut exercer une influence favorable sur les esprits, nous demandons la permission aux lecteurs de citer à cet égard les propres paroles de l'habile écrivain : « Aujourd'hui, dit-il, une voie nouvelle, et plus féconde encore, s'ouvre à l'art de

guérir, et, si je ne m'abuse, c'est par elle que celui-ci arrivera au terme le plus avancé qu'il lui sera permis d'atteindre, en tant que science. Déjà la médecine n'est plus réduite à prendre pour base unique de ses recherches et de ses efforts des altérations cadavériques, résultats ultimes d'une perturbation organique (lisez *vitale :* le mot *organique* n'est là que comme scrupule excessif ou simple effet d'habitude), d'une perturbation organique primitive; et si le principe de vie doit rester à jamais au-dessus de ses investigations, elle peut du moins en approfondir le mécanisme (*mécanisme d'un principe*, expression vicieuse, ou pensée fausse) et saisir le phénomène morbide à son origine. La médecine anatomique fait place à la médecine physiologique, non à cette prétendue médecine physiologique qui n'était qu'un système fondé sur une hypothèse, et à laquelle a survécu l'homme illustre qui l'avait inventée, mais à cette médecine physiologique qui s'appuie sur l'observation, sur l'expérimentation et sur l'étude attentive des phénomènes physiques, chimiques, mécaniques et dynamiques qui s'accomplissent au sein de l'organisme vivant. » Le point de départ de tout cela, l'*impetum faciens*, le coordinateur nécessaire de toutes ces forces cosmiques fatales dans leur action, est à la fin de ce tableau vrai ; mais il y est, c'est incontestablement un progrès.

Nous aimerions à suivre un guide aussi intelligent que M. Fleury, non-seulement dans l'exposition si lucide qu'il fait dans son ouvrage de la pratique et de la dogmatique de la médication, dont il est aujourd'hui le plus éloquent interprète, mais encore dans sa clinique de l'hydrothérapie, distincte de cet ouvrage, qu'il publie par fascicules, et qui s'y lient d'une manière étroite, intime ; mais force nous est de nous arrêter ici, et de consacrer l'espace et le temps qui nous restent à l'examen succinct des leçons sur l'hydrothérapie de M. le docteur Macario, et du mémoire de M. le docteur Diemer sur cette même médication, employée en vue de faire avorter les fièvres typhoïdes. (*La fin au prochain numéro.*)

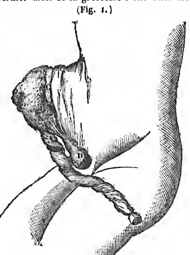
BULLETIN DES HOPITAUX.

Hernie ombilicale congénitale par éventration. — Guérison spontanée, malgré son grand volume. — Parmi les vices de conformation que l'enfant peut présenter à sa naissance, un de ceux qui ont le moins fixé l'attention des auteurs est la hernie ombilicale. Les cas n'en sont pas rares, cependant ; mais convaincus qu'ils ont

affaire à un vice de conformation incompatible avec la vie, les praticiens, lorsqu'ils viennent à se trouver en présence d'une semblable lésion, négligent d'en suivre les phases diverses, et lorsque le hasard les amène à en constater la cure spontanée, croyant avoir été en face d'un cas exceptionnel, ils négligent d'en recueillir l'observation. De cette abstention regrettable vient l'ignorance où l'on se trouve à l'égard de ce vice de conformation. Dans un mémoire récent, dont nous avons soumis les conclusions au jugement d'une savante académie, c'est à grand'peine que nous sommes parvenu à rassembler douze observations de cette sorte de hernie ; aussi, désireux de trancher les divers points de pratique que pose le traitement de cette lésion, nous avons fait appel aux médecins les mieux placés pour nous éclairer à cet égard. Parmi les matériaux qui nous ont été adressés, les plus complets, et partant les plus précieux, se trouve le fait suivant, que nous devons à M. le professeur Stoltz, de Strasbourg ; nous le publions, dans l'espérance que ceux de nos confrères qui ont eu l'occasion d'être témoins de faits semblables voudront bien nous les communiquer.

Obs. La fille Thérèse B..., de B., âgée de trente ans, fortement constituée, sanguine, brune, en condition à Strasbourg, se présente à la clinique obstétricale, le 17 février 1829, se disant enceinte pour la deuxième fois et parvenue au dernier mois de sa grossesse : elle était accouchée il y a six ans, très-facilement, d'un garçon bien conformé qu'elle allaita et qui vit encore.

(Fig. 1.)



Pendant sa seconde grossesse elle s'était constamment bien portée.

Dix jours après son entrée à l'hôpital (27 février), elle accouche spontanément et en peu d'heures d'un enfant mâle bien développé, mais qui présentait au milieu de la ligne blanche, à la place de l'ombilic, une tumeur hémisphérique du volume de la moitié d'une pomme ordinaire (Voy. la fig. 1, qui représente l'enfant vu de profil), un peu étranglée à sa base par un bourrelet cutané C près duquel était inséré le cordon ombilical D.

Cette tumeur n'était autre chose qu'une hernie ombilicale congénitale volumineuse. Elle mesurait dans le sens de la ligne blanche, à sa base, près de 7 centimètres, un peu moins dans le sens transversal, et elle pouvait avoir

4 centimètres d'élévation au devant des parois abdominales. Sa couleur était grisâtre; elle était recouverte par une membrane lisse semi-transparente et parsemée de phlyctènes, dont deux surtout étaient plus volumineux. L'une de celles-ci s'élevait au milieu et un peu à droite du sommet de la tumeur; elle était longue de 3 centimètres, transparente et remplie d'une sérosité citrine; l'autre, située à gauche en bas (B, fig. 1), avait 4 centimètres de long, était moins transparente et contenait une sérosité roussâtre. La base de la tumeur était cernée par un bourrelet de la peau (C, fig. 1) qui était comme replié en dedans et sous lequel on distinguait une espèce de cordon (l'*anneau ombilical*.)

A la partie inférieure de la tumeur, et près du bourrelet de la peau, se trouvait l'insertion du cordon ombilical (Voy. D, fig. 1); ce dernier était gros et frais. Sous la membrane qui recouvrait la tumeur, et qui n'était autre chose que *la gaîne du cordon ombilical*, on sentait superficiellement de la fluctuation, et dans la profondeur une partie résistante qu'on supposa être une portion du foie, car cette partie était égale, lisse et résistante. Les hypocondres et les régions abdominales, immédiatement au-dessous de ceux-ci, n'étaient pas aussi élevés ni aussi remplis qu'à l'état normal.

La hernie augmentait de volume, ou plutôt devenait plus saillante quand l'enfant criait; elle ne se laissait déprimer que fort peu; enfin elle n'était pas douloureuse, car l'enfant ne manifestait aucune sensation particulière à une pression même forte exercée sur les parties herniées.

Prescription. Linge cératé, compression légère.

Dès le lendemain (28 février), les vésicules placées sur la surface du sac herniaire étaient flétries, le sac herniaire lui-même commençait à s'épaissir, à se sécher et à prendre un aspect parcheminé. Le cordon ombilical était ramolli et violacé; le bourrelet cutané était un peu enflammé, enfin la hernie elle-même était plus molle, peu sensible et réductible à peu près du tiers. — (Mêmes prescriptions.)

1er mars. — La tumeur a pris une forme plus arrondie, elle a jauni, le sac herniaire est sec et dense, le cordon mou et brunâtre. L'enfant est frais, bien portant; ses fonctions sont normales, faciles et régulières; il tette, et paraît toujours un peu souffrir quand on cherche à comprimer sa tumeur. — (Mêmes prescriptions.)

2 mars. — La hernie n'a pas changé d'aspect, la phlyctène gauche (B) est noire et ramollie (putréfaction). Le cordon ombilical est noir, affaissé et mou. (Même pansement; on y ajoute une compresse et une bande pour exercer une pression un peu plus exacte.)

3 mars. — La tumeur paraît *plus large* à sa base, mais moins proéminente. Le cordon répand une odeur gangréneuse (il ne se dessèche pas, comme cela arrive d'ordinaire); à sa base la couleur noire s'étend même dans l'étendue d'un centimètre et demi sur le sac, la vésicule inférieure (B) est également noire et putréfiée. L'état de l'enfant est toujours excellent.

6 mars. — On remarque un peu de suintement au dedans du bourrelet cutané et à toute sa circonférence. Le cordon commence à *se dessécher*.

7 mars. — Suintement puriforme, bourrelet cutané plus rouge. — (Pansement à sec.)

8 mars. — Le cordon est presque sec, il paraît vouloir tomber bientôt; bourrelet cutané beaucoup moins enflammé, suintement presque nul.

9 mars. — Le cordon est sec, mais pas encore prêt à tomber. Le feuillet externe du sac herniaire (gaîne du cordon) s'enlève comme une calotte.

10 mars. — Bourrelet de la peau plus enflammé, suintement à son bord interne ; le cordon tient encore.

11 mars. — Même état.

12 mars (15e jour). — Le cordon tombe ; après sa chute on n'aperçoit plus de traces de son insertion. La tumeur est plus élevée qu'auparavant (6 centimètres), conique. Le bourrelet cutané circonscrivant sa base est très-enflammé et douloureux. Bourgeons charnus sur la surface de la tumeur ; ils deviennent proéminents et rouges ; peu de suppuration ; par une compression graduée on peut réduire entièrement la tumeur.

A partir de ce moment, l'anneau cutané qui entoure la base de la tumeur semble se rétrécir, et glisse sur celle-ci de manière à la recouvrir peu à peu.

Le 18e jour, la tumeur s'affaisse visiblement, les bourgeons charnus sont peu proéminents.

Le 21e, on peut faire rentrer complétement la partie herniée par une pression légère. La peau s'avance vers le centre, les bourgeons celluleux s'égalisent et semblent vouloir se recouvrir d'une cicatrice.

Le 24e jour, la surface vive de la plaie n'a plus que 4 centimètres de diamètre ; elle se rétrécit de jour en jour.

(Fig. 2.)

Le 27e, le diamètre de la tumeur est de 3 centimètres ; elle est entièrement réductible. La peau s'avance, toujours attirée vers le centre par le tissu cicatriciel, l'anneau se resserre comme un sphincter.

Le 32e jour, la plaie n'a plus que 2 centimètres, une cicatrice complète semble se former.

Le 36e jour, diamètre de 12 millimètres. La cicatrice est recouverte d'une pellicule.

Le 46e jour, la guérison est complète, la cicatrice a la forme d'un ombilic (Voy. la fig. 2), la peau qui l'entoure est froncée comme l'ouverture d'une bourse fermée par un cordon. Cet ombilic est saillant (Voy. la fig. 3). La peau est soulevée comme un segment de sphère, mais nullement étranglée à sa base, comme l'était la tumeur primitive. On peut facilement refouler cette proéminence dans le ventre, sans occasionner la moindre douleur à l'enfant. Dans le repos l'élévation est peu sensible, mais elle augmente du double quand l'enfant crie.

(Fig. 3.)

En palpant soigneusement sa circonférence, on reconnaît que l'*anneau fibreux* est encore largement ouvert, mais s'est cependant rétréci d'un tiers au moins.

On applique une simple ceinture en toile piquée, de 8 à 10 centimètres de largeur, et le 60e jour (29 avril 1829), la fille Th. B.... quitte la clinique pour retourner en ville.

L'état général de l'enfant était très-bon, la cicatrice ombilicale très-solide, la proéminence ombilicale beaucoup moindre ; l'anneau s'était encore rétréci.

Quelque temps après on nous rapporta cet enfant, non pas parce que sa hernie ombilicale était devenue plus considérable, mais parce que la mère avait remarqué que, quand l'enfant criait, il apparaissait deux tumeurs aux aines. En examinant ces régions, on y découvrit une double *hernie inguinale,* dont on attribua le développement à la constriction trop forte du milieu du ventre par la bande ombilicale et à la négligence de la mère, qui, au lieu de le nourrir comme à l'hôpital, lui donnait de la bouillie et le laissait crier dans son berceau.

La tumeur ombilicale était à peine saillante, mais l'anneau fibreux était toujours assez large.

On fit faire un bandage inguinal convenable, et la mère ne revint plus à la consultation, malgré les recommandations qui lui avaient été adressées.

Trois mois après, on apprit que l'enfant était mort (le 25 juillet) d'une maladie interne qu'on n'a pu caractériser.

Dans cette observation de guérison spontanée d'une exomphale congénitale volumineuse, dans laquelle les progrès vers la guérison ont été suivis avec soin, on remarquera surtout les points suivants :

1° La hernie était formée probablement par une portion du foie engagée dans la gaîne du cordon, car celui-ci se trouvait inséré à la partie inférieure de la tumeur. Le lieu d'insertion du cordon est la meilleure preuve de cette composition de la hernie ; l'insertion du cordon à la partie supérieure de la tumeur herniaire aurait fait supposer que celle-ci était constituée par des anses intestinales ; il n'est pas nécessaire de développer les motifs de cette appréciation.

2° La couche extérieure du sac herniaire, formée par la gaîne du cordon, s'est d'abord séparée par suite de l'inflammation du bourrelet cutané, comme cela s'observe dans les conditions ordinaires ; le cordon ne s'est pas desséché, mais flétri, putréfié ; il n'est tombé que le treizième jour.

3° La seconde couche du sac (enveloppe péritonéale doublée sans doute de tissu cellulaire) s'est recouverte de bourgeons charnus qui ont à peine suppuré. Le bourrelet cutané s'est alors avancé peu à peu vers le centre pour recouvrir le sac, dont le tissu cicatriciel semblait attirer la peau vers le milieu.

4° L'anneau fibreux (l'anneau ombilical proprement dit) ne s'est pas rétréci dans la même proportion, aussi la tumeur est-elle restée proéminente, quoique recouverte par la peau.

5° La compression du ventre et la négligence de la mère ont provoqué la formation d'une double hernie inguinale qui n'avait rien de commun avec la hernie ombilicale. (*Extrait du Journal clinique de M. le professeur Stoltz.*)

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Borate de soude. *Deux cas de métrorrhagie rapidement guéris par l'emploi de ce sel à haute dose.* En tête des propriétés thérapeutiques du borax signalées par les traités de matière médicale du siècle dernier, figurait celle de réveiller les contractions utérines. La découverte de l'action si puissante du seigle ergoté a fait oublier l'enseignement qui nous avait été légué par nos maîtres. Les deux faits suivants, publiés par M. le docteur Poitevin, nous engagent à rappeler l'attention des praticiens sur l'action hémostatique du borax dans les cas de métrorrhagie qui se manifestent à la suite des couches.

Premier fait. Une jeune femme de vingt-six ans, pâle et lymphatique, est prise d'une hémorrhagie utérine assez violente, à la suite d'une fausse couche. L'ergot, le ratanhia, le tanin, l'acétate de plomb sont administrés successivement, sans résultat suffisant, et la perte de sang détermine des syncopes. M. Poitevin prescrit alors : borax, 15 grammes, dans 125 grammes d'eau distillée, une cuillerée à bouche d'abord toutes les heures, puis toutes les trois heures. La demi-once de borax fut prise ainsi, dans l'espace de quinze heures ; à la septième cuillerée, l'écoulement sanguin avait sensiblement diminué, et il avait totalement cessé le lendemain, pour faire place à des lochies.

Deuxième fait. Le 26 mai dernier, M. Poitevin eut à assister dans son troisième accouchement une jeune femme de vingt-trois ans. Cette dame, tuberculeuse, très-pâle et très-maigre, avait déjà eu une hémorrhagie abondante à sa dernière couche. On pouvait craindre qu'elle fût encore atteinte du même accident, et, en conséquence, on eut soin de se précautionner d'ergot, de ratanhia, de perchlorure de fer, de tanin, d'eau glacée acidulée. Les tristes prévisions qu'on avait conçues se réalisèrent, et, après la délivrance, il se manifesta une hémorrhagie excessive : le sang s'échappait par jets. D'abord, la perte fut arrêtée à l'aide des moyens que notre confrère avait sous la main ; mais elle ne tarda pas à se reproduire, avec moins de violence il est vrai, mais avec le même danger. Cette fois, les agents qui avaient d'abord réussi restèrent inefficaces, et la malade paraissait devoir succomber. Dans ces circonstances, M. Poitevin crut devoir changer de médication : il prescrivit le borate de soude de la même manière que dans le fait précédent, avec cette différence que, le cas étant plus pressant, il fit prendre d'abord une cuillerée de solution toutes les dix minutes, pour en éloigner les doses un peu plus tard. L'hémorrhagie fut arrêtée; la malade guérit. L'huile de foie de morue et l'iodure de fer activèrent sa convalescence, et elle put sortir de sa chambre au bout d'un mois et demi.

Nous ne suivrons pas l'auteur de ces observations dans ses essais pour expliquer le mode d'action du borax sur l'utérus. Sans doute, ce serait une chose bien utile et bien intéressante que de pouvoir se rendre compte de la manière d'agir du médicament sur nos liquides, nos tissus, nos organes ; malheureusement les tentatives qu'on fait dans ce sens n'aboutissent trop souvent qu'à des hypothèses. Il faut savoir s'en consoler, quand le but de la médecine pratique est atteint. Il nous suffira d'ajouter, avec M. Poitevin, que le médicament en question, à la dose considérable à laquelle il a été administré dans ces cas, conformément à l'exemple des médecins américains, n'a produit aucun effet toxique, que les malades ont eu deux ou trois garde-robes par jour, un peu de dégoût produit par la saveur salée du remède, et des urines plus claires, plus limpides qu'auparavant. (*Revue de Thér. méd.-chir.*, octobre.)

Calcul urétral (*Extraction d'un*), *par une manœuvre simple et facile.* Ce sont les difficultés imprévues qui, en obligeant l'esprit du chirurgien à s'ingénier et à puiser dans ses propres ressources des moyens nouveaux, appropriés à la nature de l'obstacle à vaincre, inspirent souvent des procédés qui méritent ensuite de prendre place parmi les procédés réguliers et d'être recommandés dans des circonstances analogues à celles qui les ont fait naître. Tel est le caractère du cas suivant, communiqué par M. le docteur E. Ancelet, de Vailly-sur-Aisne.

M. Ancelet fut appelé en septembre dernier près d'un malade qui souffrait horriblement depuis quelques heures d'une rétention d'urine complète. Ce

malade ressentait depuis deux ans tous les symptômes des calculs vésicaux ; il venait même de rendre avec les urines deux petites pierres du volume et de la forme d'un grain de blé.

Le cathétérisme, puis le toucher, firent constater la présence d'un calcul dans la région musculeuse de l'urètre. M. Ancelet tenta de l'extraire de la manière suivante : en le poussant d'arrière en avant, il put le faire cheminer jusqu'à 3 centimètres de distance du méat, mais sans pouvoir aller plus avant. Prenant alors le mandrin d'une sonde d'argent, et tordant les deux chefs l'un sur l'autre, il fabriqua une anse métallique avec laquelle il put facilement saisir le calcul et l'entraîner jusque dans la fosse naviculaire. Mais le méat lui présenta des difficultés qu'il ne pouvait vaincre. En désespoir de cause, il allait pratiquer le débridement, quand, en exécutant un léger mouvement de bascule latérale, il déprima la lèvre gauche et le calcul s'énucléa pour ainsi dire avec la plus grande facilité.

Ce calcul, à surface rugueuse, mamelonnée, avait la forme d'un ovoïde dont le grand axe mesurait 12 millimètres en longueur. La hauteur et la largeur étaient de 8 millimètres.

Il ressort de ce fait qu'on peut triompher de la résistance qu'oppose le méat à l'extraction des corps étrangers de l'urètre au moyen de la petite manœuvre indiquée plus haut, sans débridement, quand ces corps n'offrent pas un volume trop considérable.

Le petit appareil dont M. Ancelet s'est servi, et qui n'est autre chose que l'anse métallique de Marini, lui a paru préférable aux curettes et aux pinces dont on se sert en pareille circonstance. Il a du moins l'avantage de pouvoir être fabriqué partout instantanément. On pourrait, enfin, dans quelques cas, comme l'a fait M. le professeur J. Cloquet, engager sa tige dans un tube métallique, et par la traction faire éclater certains calculs, s'ils ne pouvaient être extraits dans leur entier par la dépression du méat. (*Gaz. des hôpitaux*, octobre 1857.)

Chlorate de potasse. *Ce médicament n'a pas la valeur qu'on lui accorde dans le traitement de la fièvre typhoïde.* Tous les organes de la presse ont signalé les résultats obtenus par M. Bellentani, dans le traitement de la fièvre typhoïde, par l'usage exclusif du chlorate de potasse, ainsi formulé ; chaque jour, une potion composée de :

Eau gommée.........	60 gr.
Sirop de limon........	40 gr.
Chlorate de potasse...	de 2 à 6 gr.

En même temps, on appliquait sur l'abdomen des compresses froides trempées dans la solution suivante :

Eau................	1,000 gr.
Chlorate de potasse.	32 gr.
Acide chlorhydrique.	10 gr.

Sous l'influence de ces moyens, non-seulement M. Bellentani n'aurait perdu aucun malade, mais il aurait vu la maladie promptement enrayée, ses symptômes aussitôt amendés, et la convalescence rapidement survenue. En l'absence d'observations nombreuses fournies à l'appui de telles assertions, nous nous étions abstenu d'enregistrer cette nouvelle application thérapeutique du sel potassique. Notre réserve était légitime. En reproduisant les prétentions de M. Bellentani, M. J. Ossiens dit qu'il a eu recours deux fois à l'emploi du chlorate de potasse pendant une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi, l'année dernière, dans un village des environs de Roulers, et que ses malades ont succombé, quoique cette épidémie ne fût pas des plus meurtrières. L'emploi du sel potassique lui avait paru particulièrement indiqué dans ces cas par l'existence de plaques diphthériques sur les gencives. — C'est nuire aux progrès de l'art, que de mettre en relief des conclusions basées sur une observation incomplète. Le chlorate est un médicament spécifique, mais seulement des affections *locales* de la bouche. (*Annales de la Flandre occid.*, 14e livrais., 1857.)

Empoisonnements *dus à l'acide arsénieux, traités avec succès par l'eau-de-vie.* C'est, comme personne ne l'ignore, à l'influence des idées de l'École italienne qu'est due la médication des empoisonnements arsénicaux par les alcooliques. Quoi qu'il en puisse être de la valeur de ces idées au fond, et du plus ou moins de fondement de la doctrine du contre-stimulisme, la médication dont il s'agit a été sanctionnée par l'expérience, et, sans la préconiser à l'exclusion de toute autre, nous pensons qu'elle mérite réellement la confiance des praticiens. Voici un nouvel exemple rapporté à l'appui de son efficacité, et qui est digne de tout l'intérêt de nos lecteurs.

Le 9 août 1845, M. le docteur de

Larue, de Bergerac, fut appelé, à dix kilomètres de cette ville, pour donner ses soins à Mme X..., à son fils, à sa fille, à la cuisinière et à un vigneron de la maison, tous atteints à la fois d'intoxication arsenicale. Adultes ou adolescents, ces cinq malades, d'une constitution robuste, jouissaient habituellement d'une bonne santé. L'empoisonnement s'était produit la veille au soir, au moyen d'un gâteau, préparé, par mégarde, avec un mélange de farine de maïs et d'acide arsénieux, qu'on destinait aux rats. Pendant la nuit la substance toxique avait commencé à manifester ses effets.

A son arrivée auprès des malades, à midi, ils présentaient tous, à peu de chose près, les mêmes symptômes : anxiété, faiblesse de tout le corps, membres endoloris, sentiment de chaleur brûlante le long du tube digestif, surtout au pharynx; épigastre très-sensible à la plus légère pression; vomissements fréquents, parfois de matières brunâtres; diarrhée bilieuse; urines rares; trémoussements nerveux; insomnie; ptyalisme; odeur métallique prononcée; soif ardente; horreur des aliments; pouls lent, petit, sans consistance; peau humide, notablement refroidie.

M. de Larue prescrivit : diète; repos; boissons fraîches; de l'eau-de-vie, administrée pure, par cuillerées à café, de vingt-cinq en vingt-cinq minutes, aux deux sujets les moins âgés, et de quart en quart d'heure aux trois autres.

Sous l'influence de ce traitement, tous les symptômes ne tardèrent pas à s'amender; vers la fin du jour, l'amélioration étant à son comble, le remède fut entièrement supprimé. Le lendemain la guérison ne laissait plus rien à désirer.

Quoique prise à doses élevées (de 60 à 90 grammes environ, par individu), l'eau-de-vie n'engendra aucun accident appréciable. (*Revue de Thér. médico-chirurgicale*, septembre 1857.)

Iode (*Nouvelle formule pour l'emploi de l'*) *dans les vomissements incoercibles*. Les faits favorables à l'administration de l'iode dans les vomissements nerveux, notamment les vomissements sympathiques de la grossesse, se répètent et commencent à devenir assez nombreux. Seulement, suivant des conditions qu'il n'est pas facile d'expliquer, nous voyons réussir tantôt l'iode seul, sous forme de teinture diluée, tantôt l'iodure de potassium, tantôt ces deux substances réunies. Cette association, qui a été faite par M. Becquerel, dans l'idée que, par suite d'une plus parfaite dissolution, l'iode serait plus facilement absorbé et aurait en conséquence plus de chance d'action, vient de donner à M. le docteur Buisson d'excellents résultats dans trois cas où l'iode et l'iodure, administrés isolément, n'avaient produit aucun effet. Faut-il en conclure que cette association mérite la préférence et sera dans tous les cas plus active? C'est à l'expérience de décider cette question.

Le docteur Buisson a un peu modifié la formule donnée par M. Becquerel. Il prescrit :

Pr.	Teinture d'iode....	4 gr.
	Iodure de potassium.	6 gr.
	Eau distillée.......	120 gr.

Mêlez. Une cuillerée à bouche de ce mélange étendue dans un verre d'eau sucrée, à prendre en trois fois dans la journée.

Voici maintenant l'analyse rapide des faits où cette formule a réussi, après que l'iode et l'iodure avaient échoué.

Obs. I. Mme X..., trente-cinq ans, ayant déjà eu des vomissements dans ses deux grossesses précédentes, redevient enceinte en août 1857, et est reprise presque aussitôt de la même affection, qui résiste aux diverses médications que d'ordinaire on lui oppose. Du 28 au 31 août, pendant quatre jours, teinture d'iode diluée, suivant le *modus faciendi* du docteur Eulenberg; aucun résultat, et même l'odeur du médicament provoque le vomissement. Après huit jours d'interruption, iodure de potassium à la dose quotidienne de 50, puis 60 centigrammes; continuation pendant huit jours; pas d'effet. Le 18 septembre, prescription de la formule ci-dessus; cinq jours après, cessation des vomissements, qui ne se sont pas reproduits depuis.

Obs. II. Mme S..., vingt-deux ans, primipare, après avoir vomi pendant toute sa grossesse, est accouchée le 24 août dernier. Son enfant, allaité par elle, succombe le 7 septembre. Retour des vomissements; impossibilité de rien garder dans l'estomac. Le 10 septembre, iodure de potassium, 50 centigrammes, à continuer chaque jour. Le 27, les vomissements ayant persisté, recours à la préparation selon la formule qui vient d'être donnée; guérison le 1er octobre.

Obs. III. Mme J. L..., trente-trois ans, pendant assez longtemps stérile,

avait eu déjà des vomissements nerveux. Une première fois, ils avaient été sous la dépendance d'un état dysménorrhéique. Sympathiques d'une grossesse la seconde fois, ils avaient cessé après l'accouchement, mais avaient reparu deux ou trois mois plus tard, sous l'influence du chagrin causé par la mort de son enfant. En juillet 1857, nouvelle grossesse ; nouveaux vomissements, plus persistants et plus opiniâtres qu'auparavant. Au mois d'août, préparation du docteur Eulemberg ; au bout de dix jours, nul effet, et, de plus, la malade se plaint que l'odeur seule lui donne envie de vomir. Le 7 septembre, iodure de potassium, 50 centigrammes, lequel est continué jusqu'au 20 sans résultats. Enfin, à cette époque, la malade consent à prendre la solution d'iode iodurée. Depuis le 1er octobre, cessation des vomissements. (*Union méd. de la Gironde*, octobre.)

Iodure d'amidon. *Son emploi topique comme traitement des vieux ulcères.* Si les expérimentations répétées de cette préparation, administrée à l'intérieur, n'ont pas fourni les bons effets qu'on en attendait, il n'en a pas été de même de son emploi topique. L'iodure d'amidon appliqué en cataplasme sur les parois des cavités, siége d'une suffusion séreuse, a hâté souvent la résorption du liquide épanché. Suivant M. Castex, chirurgien à l'armée d'Afrique, l'emploi topique de ce médicament donnerait encore d'excellents résultats dans le traitement des plaies ulcérées et des vieux ulcères. Voici comment on peut préparer et appliquer le médicament : on fait de l'empois avec 30 grammes d'amidon et 90 grammes d'eau, et l'on y mêle à froid 8 grammes de teinture d'iode, en remuant jusqu'à combinaison complète. L'emplastique ni trop liquide ni trop épais qu'on obtient ainsi est mis en couche assez épaisse sur des gâteaux de charpie et appliqué sur les plaies, convenablement nettoyées et séchées. L'appareil ainsi appliqué doit être pressé un peu, pour qu'il soit bien en contact avec la surface malade. Il peut rester en place plusieurs jours, et lorsqu'on juge convenable de le lever, il est nécessaire de le ramollir à grande eau, pour empêcher la lacération des bourgeons charnus qui peuvent y adhérer. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

Mal de mer. *Son traitement par les lavements opiacés.* On sait combien de tentatives ont été faites pour arriver à trouver un remède à ce mal si angoissant, si énervant, qui, à très-peu d'exceptions près, attaque tous ceux qui entreprennent des voyages sur mer. Outre les règles hygiéniques qui, dans ce cas, ont une grande importance, on a recommandé successivement les moyens les plus variés; dans ces derniers temps, le chloroforme fut préconisé comme un remède infaillible ; nous savons de bonne source que son action est, au contraire, très-incertaine. Les sédatifs, les opiacés en particulier, ont été recommandés depuis longtemps.

Tous ces remèdes, pris par la bouche, manquent souvent leur but, et cela par la raison toute simple qu'ils ne sont pas conservés et qu'ils sont expulsés par les vomissements, avant d'avoir pu agir. Nous considérons donc comme une idée très-heureuse et très-rationnelle le conseil donné par le docteur H. Bennet, de combattre le mal de mer par les lavements opiacés. Il conseille de prescrire le laudanum ou la solution de biméconate de morphine (solution de Squirrhe), à la dose de 50 gouttes, dans 120 grammes d'eau chaude, de renouveler la dose au bout d'une demi-heure, si la première n'est pas conservée, afin que l'absorption se fasse et qu'ainsi le système nerveux soit influencé sans le secours de l'estomac. Le médicament produit en général plusieurs heures d'un sommeil calme. Si, au réveil, de nouveaux symptômes morbides se manifestent, on répète le remède, et le plus souvent alors l'effet est durable. (*The Lancet*, 1857.)

Phthisie. *Son traitement par le déplacement des malades.* M. Champouillon, médecin principal au Val-de-Grâce, adresse à l'Académie de médecine un mémoire sur le traitement de la phthisie par le déplacement des malades, que l'on peut résumer dans les propositions suivantes :

La phthisie ayant quelquefois pour origine l'hérédité, la diathèse scrofuleuse, la vie sédentaire ou licencieuse, les passions tristes et concentrées, l'encombrement, une inconstance habituelle dans les qualités de l'atmosphère, on a cherché de tout temps à neutraliser ces causes en leur opposant des influences contraires, et notamment le séjour des malades dans les régions méridionales.

Cette dernière précaution offre, en effet, le triple avantage d'une diversion morale, d'un air pur et d'une certaine uniformité dans la constitution atmosphérique. Mais toutes les stations prescrites aux poitrinaires, bien que faisant à peu près partie d'un même système de climat, ont des qualités diverses. D'un autre côté, la tuberculisation pulmonaire, quoique identique avec elle-même quant à sa nature, présente des formes et des complications variées, d'où il suit que la médication climatérique doit avoir, comme toute méthode curative, son opportunité et ses contre-indications.

Après avoir soigneusement recherché les mérites et les inconvénients des principales résidences fréquentées par les tuberculeux, M. Champouillon a déduit de cette étude les bases de la classification suivante, qu'il soumet au suffrage des praticiens :

1° *Disposition héréditaire à la phthisie : poitrine faible.* Pau (les mois de février, mars et avril exceptés), Cannes, Villefranche, la campagne de Nice, Mantoue, Sorrente, Madère (l'automne excepté), Alger (du mois de janvier au mois de mai), Rome (en octobre, mars et avril), le Caire (pendant l'automne et l'hiver).

2° *Phthisie chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux.* Venise, Sorrente, Gênes, Cannes, Villefranche, Hyères (octobre et novembre exceptés).

3° *Phthisie avec toux brève, fréquente, aride, muqueuse, pulmonaire, irritable.* Venise, Madère, Pise, Menton, le Caire, Alger.

4° *Phthisie catarrhale.* Pau, Madère, Alger, Cannes, Villefranche, Hyères.

5° *Phthisie chez les sujets opprimés par la tristesse.* Venise, Alger, Albano, Frascati, environs de Naples, Florence.

6° *Phthisie chez les sujets nerveux.* Mantoue, Pise, Madère, Venise.

7° *Phthisie à forme hémoptoïque.* Toutes les stations méridionales (Pise, Rome et Naples exceptées).

8° *Phthisie colliquative.* Pau, Hyères, Cannes, Villefranche, Madère, Alger. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, novembre.)

Ténia (*Du*) *chez les enfants*. Dans les affections nerveuses de l'enfance, l'étiologie est la base sur laquelle doit reposer le traitement. C'est là un précepte de la plus haute importance, et qu'il est impossible de perdre de vue sans s'exposer à de graves mécomptes. Or, parmi les circonstances étiologiques qui peuvent donner naissance à ce genre d'affections, il faut certainement, sans retomber dans les exagérations des anciens relativement à l'influence des vers sur la production de la plupart des maladies, compter la présence de ces parasites dans le tube digestif. Mais, en général, lorsqu'il y a lieu de soupçonner l'existence de vers intestinaux chez de jeunes sujets, ce n'est guère sur le ténia que s'arrête la pensée du praticien. Ce n'est pas cependant que les auteurs n'aient signalé cet helminthe dans l'enfance ; Warwruch, Bremser, Mérat en ont rapporté plusieurs cas. M. Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, dans un mémoire publié en 1854 dans les Archives de médecine, et dont nous avons rendu compte, a fixé de nouveau l'attention des médecins sur cette question; il a montré, par des faits analysés ou dus à sa propre observation, que l'existence du ténia dans l'enfance n'est pas aussi rare qu'on le croit généralement, et que certains accidents nerveux à physionomie plus ou moins grave peuvent en dépendre sympathiquement, tels que toux convulsive, dyspnée, syncopes, convulsions, attaques hystériques et épileptiformes. Enfin, il y a peu de jours, le docteur Gauchet, dans une revue clinique de l'Union médicale, a cité, d'après une communication de M. Legendre, un cas de ténia chez une petite fille de huit mois, et a rapporté une observation complète de la même maladie, recueillie dans le service de l'honorable médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. Voici le fait en abrégé.

Jackson, garçon de douze ans, né de parents qui n'ont jamais eu le ver solitaire, ayant toujours habité Paris depuis sa naissance, est entré à l'hôpital le 11 septembre dernier. Il était sujet à des symptômes dont il était impossible de fixer l'époque initiale, que sa mère faisait remonter jusqu'aux premiers temps de sa vie, et qui se reproduisaient à des intervalles variables. Ces symptômes étaient les suivants : Appétit habituellement languissant; parfois, au contraire, sensation de faim très-vive, mais s'apaisant promptement dès les premières bouchées du repas ; nausées fréquentes ; coliques, surtout dans l'acte de la défécation; petite toux sèche dans la journée, suivie d'expectoration glaireuse le matin ; par moments, oppression épigastrique, ayant donné lieu à une syncope, il y a quelques mois : jamais

de troubles de la vue, ni de prurit à l'anus ni aux narines; maigreur médiocre; pâleur des téguments. Le 10 septembre, après une journée passée comme à l'ordinaire, vomissements et déjections alvines le soir, issue d'un fragment de ver plat, appartenant à un ténia solium. Le 12, 250 grammes d'un apozème vermifuge préparé avec 45 grammes d'écorce sèche de racine de grenadier; trois garde-robes à la suite, sans aucune portion de l'helminthe. Deux jours après, 15 grammes de kousso infusé dans 450 grammes d'eau, en trois doses; une demi-heure après, selle liquide contenant un tœnia solium, divisé en plusieurs fragments, mais *complet*.

Le traitement du ténia dans l'enfance présente quelques difficultés. Ces difficultés tiennent à la répugnance qu'excite chez les petits malades la saveur désagréable des médicaments ténifuges, et qui est encore accrue par la nécessité, quand on veut les administrer sous la forme ordinaire, c'est-à dire en boissons, d'avoir recours à des doses assez considérables, et par conséquent de fractionner ces doses. Il y a donc lieu de désirer, avec M. Legendre, que la chimie pharmaceutique puisse extraire les principes actifs des ténifuges. On pourrait, en effet, sous cette forme, les faire prendre plus facilement, parce que les doses seraient beaucoup moins volumineuses. Ce vœu a été déjà réalisé jusqu'à un certain point pour l'écorce de racine de grenadier et pour la fougère mâle, dont il existe des extraits qu'on peut administrer dans du pain azyme. On pourrait aussi peut-être renfermer ces extraits dans des capsules gélatineuses. Du reste, les ténifuges peuvent être prescrits sous forme de poudre (ce qui est un peu plus commode que la forme liquide), et avec un plein succès, comme en témoignent l'exemple de Breton, médecin anglais, qui a donné à des enfants la poudre de racine de grenadier, et l'exemple de M. Legendre lui-même, qui a fait prendre celle de kousso, en petits bols enveloppés dans du pain à chanter. Disons, en finissant, que le médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, ayant déterminé, sans l'avoir prévu, à l'aide du calomel, la sortie d'un fragment de ténia chez une petite fille de trois ans, se propose d'expérimenter comme ténifuge un mélange de calomel et de santonine. (*Union médicale*, octobre.)

Tumeurs du testicule (*De la valeur du poids spécifique comme élément de diagnostic dans les*). Le diagnostic différentiel des tumeurs du testicule présente, dans certains cas, des difficultés presque insurmontables. C'est alors que les moindres circonstances peuvent acquérir une grande importance; c'est alors aussi qu'il importe surtout de ne point attribuer à un signe une confiance qu'il ne mérite pas. Dans une de ses dernières leçons cliniques, exposant les signes diagnostiques de l'hydrocèle d'avec le sarcocèle cancéreux, M. le professeur Nélaton insistait principalement sur la fausse confiance qu'ajoutent beaucoup de chirurgiens à la différence du poids spécifique.

Comment et dans quelles circonstances le chirurgien est-il appelé à apprécier ce poids spécifique? C'est la main qui, soulevant la tumeur, doit estimer le poids de toute la masse; et ces tumeurs, quoique de même nature, peuvent être, les unes très-mobiles, parce qu'elles sont comme appendues à des pédicules qui permettent de les porter dans tous les sens; les autres, au contraire, presque immobiles, et ne se laissant que difficilement soulever, parce qu'elles sont fixées par la contraction du crémaster, du dartos et du scrotum. Il faut remarquer encore qu'il ne s'agit pas ici d'apprécier le poids absolu de cette tumeur, mais bien sa pesanteur spécifique relative à une autre masse d'un volume différent; masse que le chirurgien n'a, d'ailleurs, pas sous la main, pour la peser comparativement avec la première. D'un autre côté, il ne faut pas s'y tromper, la différence du poids spécifique du liquide de l'hydrocèle et des matières qui constituent les autres affections du testicule est presque insignifiante. C'est ce dont on peut se convaincre facilement en jetant les yeux sur les chiffres suivants, que M. Nélaton a obtenus en comparant le poids de tumeurs de diverse nature au poids d'un même volume d'eau.

Une première tumeur, appartenant à la variété décrite sous le nom de kyste hydatique du testicule, pesée dans l'air, a donné 466 grammes.

Plongée dans un vase complétement rempli d'eau, elle déplaça 450 grammes de ce liquide.

La différence du poids spécifique de la tumeur et de l'eau est donc ici de moins de 1/30e.

Une deuxième tumeur, constituée par du tissu encéphaloïde, a donné pour poids dans l'air 205 grammes.

Plongée dans l'eau, elle déplaçait 200 grammes.

La différence ici est encore moindre, elle n'est que de 1/40e.

Une troisième tumeur (kyste hydatique) pesait dans l'air 285 grammes.

L'eau qu'elle a déplacée pesait 276 grammes.

La différence était donc de 1/29e.

Une quatrième tumeur fut pesée: c'était un sarcocèle cancéreux, enlevé à un tout jeune enfant. Il pesait 58 grammes.

L'eau déplacée par cette tumeur pesait 55 grammes.

C'est dans ce cas que la différence a été la plus grande, elle était d'environ 1/15e.

Or, une différence d'un 13e, d'un 12e même, est-elle appréciable dans les conditions où le chirurgien opère? Il faut considérer d'ailleurs que toutes ces tumeurs ont été comparées à l'eau, dont la densité est un peu inférieure à celle de la sérosité de l'hydrocèle. En outre, on a comparé ici le poids des tumeurs à celui de l'eau, sans tenir compte de l'adjonction des tissus d'enveloppe et du testicule lui-même, qui ont à peu près la même densité que la matière encéphaloïde.

On peut donc dire que le signe tiré du poids spécifique des tumeurs du testicule est un signe qui ne saurait avoir la valeur qu'on lui a accordée jusqu'à présent. (*Gaz. des hôpit.*, octobre 1857.)

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

Nouvel appareil pour l'administration des douches et des injections anesthésiques.

M. Fordos, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, vient de soumettre à l'examen de l'Académie de médecine un appareil qu'il a imaginé pour donner des douches et des injections, soit d'acide carbonique pur, soit d'acide carbonique ou d'hydrogène chargé de vapeurs anesthésiques ou médicamenteuses. L'appareil se compose :

1° D'une carafe en verre semblable aux siphons à eau gazeuse;

2° D'un tube en étain garni intérieurement de fragments de marbre et de morceaux d'éponge;

3° D'un tube en caoutchouc portant une canule à son extrémité.

Pour faire fonctionner cet appareil, on introduit d'abord dans la carafe des cristaux d'acide tartrique, et l'on ajoute pardessus du bicarbonate de soude en poudre, et puis de l'eau en quantité suffisante; les doses employées habituellement sont : 30 grammes d'acide tartrique en cristaux gros comme des noisettes; 38 grammes de bicarbonate de soude en poudre, et un quart de litre ou un grand verre d'eau.

On laisse marcher la réaction pendant quinze à vingt minutes, sans toucher à l'appareil; on agite alors de temps en temps, si le dégagement du gaz se ralentit. Le gaz traverse le tube en étain, où il rencontre

le marbre et les éponges qui le tamisent et le purifient des particules salines ou acides entraînées mécaniquement.

Le tube en caoutchouc sert à diriger le gaz sur la partie malade.

Si l'on veut charger l'acide carbonique de vapeurs de chloroforme, on verse de 5 à 6 grammes de ce liquide sur les éponges, avant d'introduire dans la carafe les substances qui doivent fournir l'acide carbonique; ce gaz, en traversant les éponges, se charge des vapeurs du chloroforme et l'entraîne avec lui.

L'auteur a expérimenté à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Follin et dans celui de M. Aran, les injections d'acide carbonique chargé de vapeur de chloroforme, et les résultats, dit-il, ont été excellents. L'anesthésie est produite plus promptement qu'avec l'acide carbonique seul, et elle dure plus longtemps.

L'appareil présenté par M. Fordos est celui dont se sert actuellement M. Follin. Il se trouve chez M. Charrière.

La figure 1 représente l'appareil. — A. Carafe. — B. B. tube en étain. — C. Couvercle du tube.

La figure 2 représente une coupe perpendiculaire du tube en étain. — M. Fragments de marbre. — D. D. Morceaux d'éponge.

L'Académie de médecine, consultée par le ministre sur l'opportunité de l'établissement d'une statistique des décès, et des moyens de réaliser ce projet, vient, après une longue discussion, d'adopter les conclusions suivantes :

1° Dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique médicale, c'est-à-dire l'enregistrement régulier des causes de décès, est possible et doit être mise à exécution.

2° Pour assurer l'exécution de cet enregistrement régulier des causes de décès, il est nécessaire que tout médecin remette à l'autorité un bulletin cacheté indiquant la cause du décès du malade auquel il aura donné ses soins. — Dans le cas de mort subite ou par accident, et dans ceux où les malades auront succombé sans avoir reçu les soins d'un médecin, l'autorité avisera à la constatation de la cause du décès en déléguant un homme de l'art.

3° Dans la rédaction de leurs bulletins indicateurs des causes des décès, les médecins seront libres d'employer les dénominations nosologiques qui leur sont familières.

4° Il y a lieu de procéder dès à présent, et autant que possible, à l'enregistrement de toutes les causes de mort.

5° Le service d'enregistrement sera établi, dès le début, dans toutes les communes, et non limité aux principales villes et aux chefs-lieux d'arrondissements.

6° Une circulaire, rédigée à ce sujet par l'Académie, sera adressée à tous les médecins de l'Empire.

7° Le bulletin indicateur contiendra tous les documents ressortissant à la statistique. — Dans ce but, il conviendra de rédiger un modèle, que les médecins n'auront plus qu'à remplir.

8° Les bulletins ne porteront aucun nom; ils seront *secrets*, envoyés cachetés et numérotés à la mairie, et ils parviendront à l'administration centrale en passant successivement par les chefs-lieux de canton, d'arrondissement et de département, et conservant dans ces divers passages leur date et leur marque extérieure d'origine.

9° Le dépouillement des bulletins à l'administration centrale nécessitera une coopération médicale.

Un médecin de Rully (Oise), M. le docteur Robouam, sujet à de fréquentes congestions cérébrales et atteint d'hémiplégie, fut mandé par un habitant du village, nommé Lemaire, pour assister sa femme qui était en travail. Notre confrère affirme avoir répondu au mari, qui était venu le chercher, que son état de santé ne lui permettait pas de veiller à cet accouchement; le mari prétend que le docteur lui avait promis de venir. Une seconde invitation étant restée sans effet, un autre médecin est appelé; il arrive immédiatement, mais la femme venait de succomber, après avoir donné le jour à deux enfants. Lemaire poursuivit M. Robouam, non pour refus de visite, mais pour avoir occasionné la mort de sa femme pour manquement à une promesse. Le tribunal de Senlis a accueilli ce système et a condamné le médecin à payer au demandeur la somme de 1,500 francs. M. Robouam interjeta appel et invoqua le secours de l'Association des médecins de la Seine. La Commission générale accueillit la demande de notre confrère : une consultation fut rédigée par le bureau, et M. Paillard de Villeneuve, conseil judiciaire de l'Association, fut chargé de soutenir l'appel. Le concours empressé de l'Association des médecins de la Seine a été de nouveau couronné de succès, car la Cour impériale d'Amiens, par un arrêt en date du 17 novembre, vient d'acquitter M. Robouam.

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles propose les questions suivantes pour sujet des prix qu'elle décernera en 1858. —1re *Question.*— « Quels sont les médicaments nouveaux dont s'est enrichie, depuis les vingt-cinq dernières années, la matière médicale? Discuter leur valeur thérapeutique, en s'appuyant autant que possible sur des faits cliniques. Tracer l'historique et donner une étude complète de chacun d'eux. » — Prix : Une médaille en or de la valeur de 200 fr.—2e *Question.*—« Existe-t-il des lésions organiques spéciales qui puissent constituer un genre d'affections désignées sous le nom de *cirrhoses?* Dans l'affirmative, quels en sont les caractères anatomo-pathologiques, les causes, les symptômes, la marche et le traitement?» — Prix : Une médaille en or de la valeur de 300 fr. — 3e *Question.* — « Indiquer les faits physiologiques et pathologiques qu'a fait découvrir l'ophthalmoscope. Quelles sont les maladies oculaires dans lesquelles son emploi est utile? » — Prix : Une médaille en or de la valeur de 300 fr. — 4e *Question.* — Cette question est laissée au choix des concurrents, mais elle devra embrasser un sujet quelconque du domaine de la médecine, de la chirurgie ou de la tocologie (art des accouchements). — Prix : Une médaille en or de la valeur de 100 fr. — 5e *Question.* — Cette question est également laissée au choix des concurrents, mais elle devra embrasser un sujet quelconque du domaine des sciences naturelles ou pharmaceutiques. — Prix : Une médaille en or de la valeur de 100 francs.

N. B. La Société croit pouvoir appeler l'attention des concurrents sur les deux questions suivantes :

A. — « Discuter les avantages et les inconvénients que peut présenter le traitement de la folie dans les deux circonstances de la *contrainte* et de l'*air libre.*»

B. — « Établir les principes d'une géographie pathologique de la Belgique et mettre en rapport avec les diverses affections endémiques décrites, les ressources thérapeutiques que peuvent offrir les produits naturels de chaque localité.»

Les mémoires en français, en latin, en allemand, en hollandais ou en anglais devront être adressés, suivant les formes académiques, avant le 1er juillet 1858, au secrétaire de la Société, M. le docteur Van den Corput, rue d'Aremberg, 14.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur les avantages des pansements laudanisés dans le traitement de certaines affections utérines.

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

S'il est des affections dans lesquelles il est indispensable de tenir compte des troubles morbides de la sensibilité, ce sont bien certainement les affections du système utérin, et principalement les affections chroniques de ce système. Tous ceux qui ont l'expérience de ces maladies savent, en effet, que les troubles de la sensibilité jouent, dans ces affections, le principal rôle et peuvent même être seuls à en signaler la présence ; mais une autre raison commande d'y faire une attention sérieuse, c'est que trop souvent le diagnostic des affections utérines ne peut être porté d'une manière précise, ou bien, lorsque ce diagnostic peut être porté, il révèle des altérations d'une origine tellement ancienne, qu'il serait presque chimérique d'en poursuivre la guérison. Fort heureusement, la guérison de ces altérations, entendue au moins dans le sens absolu du mot, en tant que disparition complète, n'est rien moins qu'indispensable au rétablissement des malades, et l'expérience, ce juge en dernier ressort de toute chose, a montré qu'il suffit de faire disparaître la condition morbide nouvelle, le trouble de la sensibilité, pour ramener les femmes à leur ancien état de santé.

Quel est donc le praticien qui n'a pas vu de ces femmes qui portent depuis des années, presque sans en souffrir, des engorgements énormes de l'utérus, les déviations les plus prononcées, des corps fibreux d'un volume très-considérable, des cancers même et des épithéliomas ? Dans les conditions normales de la sensibilité, qu'on nous passe ce mot, bien qu'il s'agisse de quelque chose de fort anormal, l'organisme semble avoir pris son parti de ces conditions pathologiques du système utérin ; mais vient, à un moment donné, un trouble de la sensibilité ; sans aucune raison appréciable, la douleur paraît, et, à partir de l'apparition de la douleur, se déroulent une série de phénomènes morbides. S'il est possible alors de supprimer la douleur, si l'altération n'a pas fait de progrès tels que sa présence soit incompatible avec l'accomplissement des fonctions de nutrition dans l'organe malade, les choses reviennent à leur point de départ, et la femme peut reprendre l'exercice régulier et plus ou moins parfait de la vie générale et même de la vie sexuelle.

Toute la difficulté consiste à bien pénétrer la nature du trouble

morbide de la sensibilité. Est-il purement et simplement une lésion de la modalité nerveuse de l'organe, ou bien est-il symptomatique d'un état congestif ou d'un état plus ou moins voisin de l'inflammation ? La distinction n'est pas toujours facile ; mais en s'attachant surtout à rechercher quelques caractères, tels que l'élévation de température, l'augmentation de volume ou certaines sensations de pesanteur, de distension, éprouvées par les malades, et en rapprochant ces phénomènes de la marche suivie par les accidents, éminemment changeante et variable dans le cas de congestion, incessante, au contraire, dans son accroissement pour les cas voisins de l'inflammation, ou véritablement inflammatoires, on arrive à une conviction sinon absolue, au moins suffisante pour légitimer l'emploi de tel ou tel ordre de moyens : des émissions sanguines locales, dans les cas inflammatoires ou voisins de l'inflammation; du froid et principalement du tamponnement à la glace dans les congestions pures; enfin des moyens propres à calmer directement la douleur, analgésiques ou anodins, lorsque celle ci est purement nerveuse. Heureusement que l'erreur de diagnostic est rarement suivie de conséquences fâcheuses, et, bientôt instruit par l'insuccès du moyen mis en usage, le médecin peut revenir à un traitement plus en rapport avec la nature véritable du trouble de la sensibilité.

Deux moyens ont été proposés dans ces derniers temps pour agir sur la sensibilité du système utérin, qui n'ont guère été employés cependant dans les cas auxquels nous faisons allusion, les vapeurs du chloroforme et les vapeurs de gaz acide carbonique : presque exclusivement réservées à calmer les douleurs excessives qui accompagnent le cancer ou l'épithélioma ulcérés, les vapeurs de chloroforme et d'acide carbonique ont rendu dans quelques cas des services qu'il ne faut pas exagérer, sous peine de faire tomber ces agents dans l'oubli, dont l'un d'eux est sorti dans ces derniers temps.

A mes yeux, ce qui doit restreindre beaucoup leur emploi dans les troubles morbides de la sensibilité du système utérin, ce n'est pas certainement la crainte de les voir pénétrer dans la circulation générale et produire ces accidents assez étranges d'intoxication rapportés par mon collègue, M. Ch. Bernard, à l'acide carbonique ; je crois, en effet, m'être assuré, et j'en donnerai plus loin les preuves, que l'absorption est extrêmement lente et difficile dans le vagin. Ce n'est pas non plus la crainte de porter des instruments particuliers dans les parties génitales, car cette crainte s'applique plutôt aux cancers ulcérés et végétants qu'aux cas que nous avons en vue ici. Ce n'est pas enfin l'excitation spéciale qui résulte exclusivement

de l'emploi des vapeurs de chloroforme et d'acide carbonique et dont on ne paraît guère s'être préoccupé, excitation qui témoigne d'un afflux plus marqué des liquides vers les parties génitales, et qui, dans certains cas particuliers, ne peut pas être sans inconvénients. Ce qui doit empêcher ces agents d'occuper une grande place dans le traitement des affections utérines, c'est ce qui, partout ailleurs, a travaillé à en restreindre l'emploi, c'est la fugacité de leur action, qui ne leur permet pas une intervention efficace de quelque durée et qui ne leur permet pas, par conséquent, de dominer convenablement les troubles morbides de la sensibilité.

Des recherches déjà d'ancienne date m'ont appris que de tous les agents dont l'application topique peut influencer la douleur, l'opium et ses diverses préparations sont les plus remarquables par la continuité de leur action, continuité qui rachète à beaucoup d'égards la lenteur même avec laquelle elle se produit. J'ai donc songé à combattre les troubles morbides de la sensibilité utérine par le même moyen qui, employé topiquement sur des surfaces douloureuses, m'avait rendu auparavant de si grands services, et j'ai fait choix d'une préparation usuelle, du laudanum de Sydenham. Mais une difficulté se présentait : comment faire garder aux malades du laudanum dans les parties génitales, alors que la pression exercée par les organes pelviens sur le vagin tend à en effacer constamment la cavité et à expulser les corps qui y sont contenus ? Après bien des tâtonnements, j'y suis parvenu par un mode de pansement qui consiste à faire absorber le laudanum dans le vagin par une poudre inerte, et à y abandonner cette poudre passée à l'état de magma laudanisé.

Rien de plus simple et de plus facile que ce pansement, que je mettrai probablement plus de temps à décrire que je n'en mets à l'exécuter tous les jours : le col étant mis à nu à l'aide d'un spéculum bi, tri ou quadrivalve, je laisse couler au fond de l'instrument de 30 à 50 gouttes de laudanum de Sydenham et quelquefois même davantage, suivant l'intensité des douleurs. Après avoir mis le col et le fond du vagin en contact avec le liquide, en ouvrant et en fermant alternativement le spéculum, je jette dans le fond de l'instrument, avec une cuiller ou une spatule, quelques grammes d'amidon en morceaux ou d'amidon en poudre, afin d'absorber le laudanum. En quelques secondes, surtout quand on emploie l'amidon en morceaux, le laudanum a disparu, et il ne reste plus qu'à retirer le spéculum, en abandonnant dans le vagin le magma amidonné et laudanisé. Pour cela je soutiens à mesure l'amidon placé dans le vagin,

soit avec un gros pinceau de charpie, soit avec une grosse boulette de charpie ou de coton, que je laisse même à l'entrée de la vulve, si la largeur de celle-ci me fait craindre que l'amidon ne tombe aussitôt que la malade sera debout.

Je n'étais pas sans inquiétude, je dois l'avouer, la première fois que je laissai ainsi dans le vagin une quantité aussi considérable de laudanum ; mais l'expérience, et une expérience de plusieurs centaines de cas, m'a montré qu'il n'y a guère à se préoccuper des accidents d'intoxication que peut produire le laudanum introduit par cette voie dans l'économie. Non-seulement l'absorption se fait très-lentement, car il faut une heure, et quelquefois trois ou quatre, pour que les premiers effets calmants se manifestent ; mais encore j'ai pu reconnaître, chez des femmes qui ne faisaient pas d'injections d'une manière régulière, la présence du laudanum dans le magma amidonné, deux et trois jours après son introduction. C'est à peine si, dans deux ou trois cas, les femmes m'ont parlé d'une grande envie de dormir qu'elles avaient eue dans la journée, et une seule malade a présenté des vomissements avec somnolence ; encore cette malade est-elle aujourd'hui si familiarisée avec ce traitement, qu'elle n'en éprouve plus aucun accident. Jamais surtout le laudanum n'a donné lieu, chez mes malades, à ces troubles de la digestion qui en rendent l'emploi par la bouche si difficile, pour peu qu'on veuille le continuer.

Ainsi maintenu dans le vagin, le laudanum est peu à peu délayé par les mucosités vaginales ou utérines, et il tombe, soit avec l'amidon, soit entraîné par les mucosités, dans un espace de temps qui peut être de plusieurs jours. Je me suis bien trouvé, du reste, de revenir à ce pansement tous les deux jours, quelquefois même tous les jours ; mais alors les malades doivent faire des lavages à grande eau, pour débarrasser le vagin du magma qui y est encore contenu. Sans cette précaution, un pansement nouveau du même genre est sinon impossible, au moins peu efficace.

Depuis plusieurs mois que j'emploie ce genre de pansement sur une large échelle, j'ai pu en reconnaître les applications principales, et ces applications ont trait particulièrement à des accidents contre lesquels la médecine est précisément assez désarmée.

A la fin, par exemple, des affections utérines d'origine inflammatoire, alors que le médecin a obtenu la disparition des phénomènes objectifs qu'il a constatés vers l'utérus, alors que le catarrhe utérin et les ulcérations, rougeurs, etc., ont disparu, les malades conservent souvent encore pendant longtemps un état d'hypéresthé-

sie douloureuse de l'utérus et des parties génitales, qui les fait soutenir au médecin qu'elles ne sont certainement pas guéries. Quelques pansements avec l'amidon et le laudanum font justice de cette hypéresthésie.

Mais c'est surtout contre les hypéresthésies douloureuses qui accompagnent quelquefois les déviations utérines ou les adhérences morbides contractées par l'utérus avec les organes renfermés dans le bassin ; c'est dans ces cas, désignés sous le nom de cellulite chronique du petit bassin, avec inflammation chronique de l'ovaire et de la trompe, que les pansements dont j'ai parlé rendent des services, en éteignant la sensibilité et la douleur morbidement exaltée. Dans ces cas, très-souvent on chercherait vainement une indication précise; d'inflammation, il n'y en a pas trace; de congestion, rien ne la démontre, ou déjà on a cherché à l'éteindre sans succès par des émissions sanguines locales. Quelques pansements avec l'amidon et le laudanum triomphent des accidents, et cela non pas pour quelques jours, mais pour des mois entiers.

Une autre circonstance morbide qui me paraît remarquablement modifiée par ces pansements laudanisés, c'est un état particulier de l'utérus tout entier, très-fréquent chez les femmes d'un certain âge, et qui est peut-être lié, chez quelques-unes d'elles, à la formation de petits corps fibreux : chez ces malades l'utérus n'est ni congestionné, ni enflammé ; au moins le toucher et l'examen au spéculum ne peuvent rien faire connaître de pareil, et cependant la sensibilité morbide est excessive : un faux pas, un choc violent réveillent la douleur, et le toucher pratiqué directement sur tous les points de l'utérus révèle une sensibilité partout augmentée : autrement dit, c'est l'hystéralgie dans ce qu'elle a de plus complet. Quelques pansements laudanisés tempèrent en quelques jours la sensibilité et la douleur, et les malades passent d'un état de malaise et de souffrance extrême à un état de bien-être remarquable.

Je n'insisterai pas davantage sur un moyen de traitement aussi simple, et je me bornerai à dire, en terminant, que j'en ai fait très-peu usage dans les cancers ulcérés, me défiant beaucoup des hémorrhagies et des douleurs que le spéculum provoque, et ne voulant pas faire acheter à ce prix aux malades un soulagement malheureusement trop peu durable. Il n'en est plus de même dans le cas de cancer et d'épithélioma non ulcérés, et dans le cas de tumeurs fibreuses, ces pansements m'ayant toujours donné dans ces cas un soulagement marqué et plus satisfaisant que tous les autres moyens.

Un mot encore : assurément on ne guérira pas toujours les ma-

lades avec ces pansements; mais en médecine, ou plutôt en thérapeutique, car la médecine est inséparable de la thérapeutique, soulager les malades, rendre leur position supportable, est souvent la seule chose à faire, et nous serions trop heureux si nos efforts dans cette voie modeste étaient toujours couronnés de succès.

Du traitement médical des affections de l'appareil cristalloïdien.

Par le docteur Guépin, de Nantes (1).

Au moment de livrer à l'impression mon second article, je retrouve ce qui suit dans mes notes de 1845 : « Mme N..., que je viens d'opérer, a été soignée par un oculiste ambulant pour des cataractes au début. Elle ne voyait plus à lire : le traitement qu'elle a subi a duré plusieurs mois et lui a permis de voir à lire et à écrire pendant deux ans.—Je l'ai opérée par extraction. Le noyau des cristallins était coloré; les couches corticales étaient troubles mais blanchâtres : probablement que le traitement médical avait eu pour résultat d'en rétablir la transparence. »—Toutefois quelques-uns de ces oculistes nomades ont souvent donné à Nantes de la publicité à de prétendues guérisons qu'ils n'avaient pas obtenues. C'est ainsi que tout le monde a pu lire dans nos journaux politiques la guérison sans opération d'un individu demeurant rue de Richebourg, 17. Cet homme, en effet, voit bien, mais il a été opéré par moi de l'œil gauche, par abaissement, et l'autre œil ne réclame pas encore d'opération.

Je reprends la suite de mon exposition.

Obs. I. M. Fontaine, employé de l'octroi à Nantes, guéri depuis longtemps, est venu le 4 novembre 1857 se soumettre, sur ma prière, à mon examen. Voici le tableau comparatif de son état au début de la maladie avec son état actuel :

ÉTAT AU DÉBUT.	ÉTAT ACTUEL.
La tête est toujours pesante.	La tête est souvent congestionnée.
Les pupilles sont mobiles, mais peu.	Les pupilles sont mobiles.
Le malade ne voit, d'un côté à l'autre de ma rue, que les objets blancs.	M. Fontaine voit bien à de très-grandes distances.
Il voit à lire un peu avec le no 10 que je lui présente.	Le no 10 lui gêne la vue, le fait souffrir.
Il ne voit, avec les yeux seulement, que les gros titres.	Il voit à lire sans lunettes une page de petit texte.
Examiné à la loupe et à la lumière solaire directe et réfléchie, le cristallin paraît trouble dans ses couches	Au dernier examen, le 4 novembre 1857, je n'ai aperçu aucune trace de cet ancien état.

(1) Fin. — Voir la livraison du 15 novembre, page 398.

ÉTAT AU DÉBUT.	ÉTAT ACTUEL.
superficielles, ce qui explique pourquoi la capsule forme un miroir d'aspect opalin.	La cure du cristallin paraît radicale, mais M. Fontaine a jadis beaucoup abusé de ses yeux dans des lectures de nuit, et il se fatigue aisément.
Pronostic. J'ai annoncé à M. Fontaine qu'il guérirait rapidement et resterait presbyte.	Mon pronostic s'est vérifié d'abord ; mais aujourd'hui M. Fontaine, quoique légèrement presbyte, l'est beaucoup moins que le jour où je lui ai donné congé.
Résultat immédiat. Ce pronostic fut vérifié en dix jours, M. Fontaine put alors lire et écrire avec le nº 24.	*État actuel.* Le malade, je le répète, peut lire et écrire, lire même du petit texte sans lunettes, mais alors il place son livre à cinq et six décimètres de ses yeux.

Le traitement a consisté en trois ventouses cruelles, cinq fortes vésications ammoniacales et l'administration à l'intérieur d'un décigramme d'iodure de potassium et de chlorhydrate d'ammoniaque chaque jour, que je lui ai conseillé de continuer encore un mois après sa guérison.

Que dire de l'état de M. Fontaine, et de la cure palliative obtenue chez lui ? Ce monsieur est employé de l'octroi, âgé de trente-quatre ans et m'avait été vivement recommandé par le docteur Boucher, de la ville de Joué, son médecin.

La forme de cataracte que nous étudions en ce moment débute souvent à la manière des apoplexies. Quand déjà chez les vieillards le noyau du cristallin est cataracté, il en résulte qu'ils vous disent : Je suis devenu aveugle, ou borgne,—s'il n'y a qu'un œil de pris,—du jour au lendemain. Les apoplexies séreuses des couches corticales (qu'on me passe cette expression) seraient donc moins rares qu'on ne le pense habituellement.

Obs. II. J'en ai cité un très-beau cas qui me fut adressé il y a seize ou dix-sept ans par M. le docteur Chaley, constructeur de ponts suspendus. Sa bonne souffrit beaucoup du mal de tête pendant toute une nuit et me vint voir le lendemain, un billet de son maître à la main. La cataracte était évidente, à deux pas, sans dilatation pupillaire, sans aucun examen à la loupe. J'en fis un cependant, après avoir préalablement dilaté la pupille (Voir les Annales d'oculistique, février 1857). J'eus recours à des ventouses sur le cou, à un purgatif et à des frictions mercurio-ammoniacales sur la tempe et le front. En huit jours cette fille avait recouvré un peu de vision. Je l'ai revue dix ans plus tard à Angers, où elle demeurait alors. J'étais accompagné de M. Bordillon. Il n'y paraissait pas, et Manette (tel était son nom) voyait aussi bien, ou à peu près, d'un œil que de l'autre. Je me suis expliqué la rapidité de la guérison par le peu de pénétration, dans les couches corticales, du liquide sous-capsulaire, et cependant il existait une cataracte d'un blanc jaunâtre très-prononcé.

Obs. III. Je soigne en ce moment un cas de ce genre, très-léger à gauche, plus accentué à droite, mais bien moins prononcé que celui de Mlle Manette. Nous sommes au troisième jour du traitement, et le mieux est évident. Toutefois, il y a en outre un peu d'amblyopie amaurotique.

Je ferai remarquer, à cette occasion, que les cataractes sont, en général, cinq fois sur huit, des affections complexes. Tantôt la pupille ne se dilate qu'imparfaitement, tantôt il existe une forte congestion choroïdienne, mais ce qui est le plus commun c'est une amblyopie amaurotique accompagnée d'une très-légère altération dans les phosphènes. La rétine est rouge, et souvent les malades voient mieux le matin que dans le reste de la journée.

Obs. IV. J'ai revu il y a peu de temps une fille nommée Françoise Métairie, de Saint-Pierre-Lacour, près de Laval (Mayenne). Je l'ai examinée avec soin ; ses cristallins sont beaucoup plus transparents qu'ils ne l'ont été. Cette fille, devenue aveugle, ou à peu près aveugle en avril 1853, sans cause constitutionnelle apparente, était alors domestique. Pendant trois ans, elle a reçu des soins éclairés et généreux, à Laval et à Paris.

Son traitement à Nantes a duré un mois et demi ; il a consisté en ventouses sèches, cruellement appliquées sur le cou, en une douzaine de larges et fortes vésications ammoniacales et en une potion résolutive à laquelle j'ai ajouté, dans les derniers jours du traitement, un décigramme de sel de fer par jour.

A son arrivée, Françoise ne voyait pas à se conduire. A son départ, quarante-trois jours plus tard, elle reconnaissait une personne à quarante pas.

Tous les phosphènes étaient aisément perçus à son arrivée, mais ils étaient plus faciles à produire au départ.

Le trouble des cristallins ne permettait pas de bien distinguer la rétine à son arrivée, ni surtout la pupille.

Je n'ai pas employé l'ophthalmoscope au départ. Du reste, le trouble du cristallin n'existait pas sur les bords de cet organe, ce qui expliquait la vision péri-cristalloïdienne de cette fille.

Cette vision eût été meilleure s'il n'y avait eu complication d'une amblyopie amaurotique, mais la pupille, quoique parfaitement dilatable par l'atropine, était très-peu sensible ou à peu près insensible à la lumière.

Il n'existait aucune pesanteur de tête ; toutes les fonctions, moins la vision, étaient normales ; toutefois, il existait un peu de chloro-anémie, suite de misère. Cependant, j'ai attendu près d'un mois pour donner du fer, voulant juger de l'influence que la chlorose pouvait exercer sur le traitement.

Je pressens les objections qui pourraient m'être faites, et j'y réponds : Françoise Métairie était évidemment amblyopique à son arrivée à Nantes, mais la perception de tous les phosphènes semblait dire, en présence d'un cristallin trouble dans tout son ensemble, excepté sur les bords, que cette amblyopie n'était pas le fait capital.

Quand elle est partie, elle voyait à lire le petit texte avec le n° 10, et les autres caractères avec le n° 14. Cependant, je n'ai pas remarqué chez elle une presbytie réelle, en rapport avec l'état de son cristallin, et j'explique cette apparente presbytie par le reste du trouble cristalloïdien.

Lors de l'examen à l'ophthalmoscope, je n'ai trouvé aucun état

notablement grave dans la partie de la rétine accessible à mes investigations. La rétine, membrane diaphane, jouissait de sa transparence et laissait voir une choroïde plutôt congestionnée qu'enflammée; quant au trouble du cristallin, il m'a fait l'effet, non pas d'une substance *molle opaline,* mais d'une poudre blanche infiniment divisée, répandue uniformément dans tout l'organe, qui avait l'aspect solide.

J'ai en ce moment dans ma clientèle un jeune adolescent cataracté de naissance, qui voyait un peu avant d'être opéré de l'œil droit et qui présentait le même aspect que Françoise Métairie, à cela près que le trouble blanchâtre était beaucoup moins bien divisé. Cet adolescent avait les cristallins solides et voyait mieux que Françoise Métairie.

Nous ne sommes qu'au début de cette étude, et déjà nous avons constaté :

1° L'apparence d'un liquide opalin sous-capsulaire, avec infiltration corticale ;

2° L'apparence d'un ramollissement des couches corticales antérieures ;

3° L'apparence d'un trouble pareil à celui que produirait une fine poussière, avec cristallin solide ;

4° L'apparence de ce trouble, mais avec des agglomérations dans le trouble, et solidité du cristallin ;

Déjà aussi diverses indications nous ont éclairé sur l'épaisseur relative de ce trouble en des points différents, et sur la solidité ou le ramollissement du cristallin ou de ses couches corticales. Nous allons essayer maintenant de corroborer ce qui précède et de pénétrer plus avant.

Jeanne Blanchart, de Bourgneuf;— Goui, maçon à Pont-Saint-Martin, près Nantes ; — Michel Méa, de Béganne, canton d'Allaire (Morbihan) ; — Mallet, marchand voyageur ; — Jean-Marie Mohé, à Saint-Molt ; — un brigadier de gendarmerie, du Maine-et-Loire, et un autre de la Loire-Inférieure ; — Mme Rousseau, quai de la Maison-Rouge, à Nantes ; —Jacques Savary, à Ambon (Morbihan),— ont été soignés par moi, pour des affections à peu près identiques du cristallin. Tous, et les faits sont récents, étaient dans l'impossibilité de continuer leurs fonctions. Tous ont obtenu une amélioration notable avec les résultats suivants :

Chez Jeanne Blanchart, l'amélioration se soutient depuis un an, car il ne m'en a plus été parlé.

J'ai revu Goui il n'y a pas longtemps (deux mois environ) ; chez cet homme les cristallins étaient encore troubles, mais il était extrêmement satisfait de l'amélioration obtenue : il travaillait.

Chez Michel Méa, qui a plus de soixante ans, l'amélioration ne s'est pas soutenue, et il faudra l'opérer.

Je n'ai plus entendu parler de Mohé, qui est un jeune homme de vingt-sept ans.

Les deux brigadiers de gendarmerie ont repris et continuent leurs fonctions. Chez l'un, le résultat a été très-remarquable ; chez l'autre, je n'ai obtenu que juste ce qu'il fallait pour qu'il pût continuer à remplir les obligations de son grade.

Chez Mme Rousseau, qui, je crois, n'a pas quarante ans, le résultat a été prompt et parfait.

Jacques Savary a quitté Nantes très-satisfait, il y a sept à huit mois, et devait m'écrire si l'état ne se soutenait pas.

Quant à M. Mallet, je l'ai soigné à plusieurs reprises. Je l'avais déjà opéré de l'œil droit avant 1847, et mon traitement médical n'a réussi qu'à retarder de neuf années l'opération de l'œil gauche : il en a passablement bien vu pendant huit ans. La neuvième année, le traitement médical ayant échoué, je l'ai opéré.

J'estime que, chez tous ces malades, il y avait, malgré la perception des phosphènes, un peu d'amblyopie. Je l'ai constaté chez Mallet après son opération, dont les suites ont été fort simples, sans lui permettre, toutefois, même au bout de trois mois, de bien lire avec des lunettes à cataracte. Il voyait, mais la vision ne correspondait, ni à l'apparence de la rétine, ni à la transparence du milieu de l'œil. Je n'ai rien vu d'anormal dans sa rétine après l'opération : la pupille avait l'aspect habituel, il n'y avait pas d'hypérhémie rétinienne, pas de vaisseaux anormaux, la transparence de cet organe était complète et la choroïde présentait aussi l'aspect habituel. Mallet aurait dû voir parfaitement bien.

Quelquefois les résultats du traitement médical sont extrêmement brillants. J'ai soigné cette année, pendant six jours seulement, mais d'une manière très-énergique, un employé du gouvernement qui ne voyait plus à remplir ses fonctions et qui m'a quitté voyant à lire avec le n° 24. Je lui ai écrit, ainsi qu'à plusieurs autres, pour avoir de lui-même l'état actuel de sa situation. Cet employé avait de quarante-huit à cinquante ans et se trouvait sensiblement dans la même position que tous ceux que je viens de signaler. Chez un autre, qui ne pouvait plus lire avec *aucune* lunette, j'ai mis vingt jours à obtenir le même résultat.

Voici quelques autres faits qui ne sont pas à dédaigner :

Un employé de la mairie de Nantes est complétement cataracté de l'œil gauche.— L'œil droit se prend, et il arrive à ne plus pouvoir remplir ses fonctions. —Deux mois du traitement que nous prescrivons ne l'ont pas *radicalement guéri* (à Dieu ne plaise que j'affirme pareille absurdité! à Dieu ne plaise non plus que je permette qu'elle me soit prêtée!) mais cet employé, que je viens de voir et d'examiner avec le plus grand soin, me déclare que l'amélioration obtenue est telle qu'il voit aussi bien qu'il y a deux ans. — Il lui fallait résigner ses fonctions, et maintenant il peut travailler, même à la lumière d'une bougie.

Le second fait est plus intéressant encore :

M. Le Nouvel, employé des contributions indirectes à la Chèze (Côtes-du-Nord), présentait l'état suivant, en juillet 1857 : Rétine légèrement congestionnée (phosphènes sensibles) ; choroïde très-congestionnée ; cristallin trouble, surtout dans la partie qui correspond au centre ; mais le trouble est superficiel. — M. Le Nouvel craint de ne plus pouvoir remplir ses fonctions : il ne voit plus à lire et il est désolé.

Au bout de cinq jours d'un traitement très-énergique, cet employé repart voyant passablement avec le n° 36. Le trouble cristalloïdien avait surtout sensiblement diminué. Je lis maintenant ce qui suit, dans une lettre que je reçois le 14 novembre 1857 : « Une grande amélioration s'est effectuée dans ma vue, depuis le traitement que vous m'avez fait suivre; mais depuis environ deux mois, sous l'influence d'un travail trop prolongé, je ressens à la tête, et surtout aux tempes, des douleurs assez vives; alors ma vue se trouble et j'éprouve des démangeaisons et des picotements aux yeux... Le soir, je puis maintenant lire et écrire, je puis même travailler *une heure* sans fatigue, et pendant cette première heure je vois très-bien, mais ensuite mes yeux se fatiguent et se remplissent d'eau. »

Vient ensuite l'expression *très-accentuée* des remercîments de M. Le Nouvel.

Cet employé est-il radicalement guéri ? Non. — Mais il a pu reprendre et continuer ses fonctions. Il a des yeux délicats qui se fatiguent vite ; il a toujours les choroïdes congestionnées, mais ses cataractes ont diminué et même rétrocédé. Or, c'est là, pour ce qui concerne cette étude, le point capital.

Voici maintenant un Polonais, qui habite Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — Il m'est venu en août 1857, dans le même état que M. Le Nouvel, avec un trouble cristalloïdien très-évident et central, voyant bien moins à midi que le matin et que le soir. De plus, il y avait chez lui une congestion choroïdienne, visible à l'ophthalmoscope, et une congestion rétinienne. Il ne pouvait plus lire.

Je désirais, dans l'intérêt de la sincérité de cette étude, savoir de lui-même son état. Il est arrivé à Nantes le 14 novembre, et cet état le voici :

Il n'y a pas d'hypérhémie rétinienne, mais la choroïde est congestionnée ; quant au trouble cristalloïdien, il a presque complétement disparu ; toutefois, il existe dans le cristallin et l'humeur vitrée des points qui manquent de transparence et qui donnent au malade, réunis à sa congestion choroïdienne, la sensation d'une toile d'araignée. Sans lunettes il vient de lire devant moi sans trop de fatigue.

Ce fait est une transition vers un état dans lequel le trouble cristalloïdien n'est pas le fait dominant, mais le fait accessoire, état qui nulle part n'a été décrit et qu'en passant je vais signaler.

Un officier supérieur de l'armée, qui désire n'être pas connu, m'est venu il y a quinze jours, malade de l'œil droit seulement.

Voici le procès-verbal exact de sa situation :

Les phosphènes sont médiocrement perçus, surtout le phosphène externe et le phosphène interne de l'œil droit, mais ils sont perçus.

Les pupilles sont paresseuses, la droite surtout.

Cette pupille se dilate entièrement et régulièrement par l'atropine.

La rétine paraît saine, sans vascularisation maladive, très-transparente.

La choroïde est un peu congestionnée.

Le cristallin est légèrement trouble, plus trouble au centre et atteint d'un commencement de ramollissement.

Pronostic : guérison avec presbytie.

Le septième jour, cet officier voit à lire assez bien avec le n° 36, et le trouble

a disparu. Le cristallin est évidemment beaucoup mieux ; mais malgré le traitement, la pupille est restée sensiblement dilatée et il existe encore une amblyopie amaurotique par défaut d'innervation rétinienne. J'ai renvoyé cet officier à son chirurgien-major, avec une explication détaillée de sa situation primitive et de sa situation actuelle.

Voici un autre fait :

La femme Leroux, de Chantenay, m'est venue malade des deux yeux, le 2 novembre 1857. Dans les deux il existait un trouble cristalloïdien qui n'existe plus, et dans les deux il y avait, en outre, une amaurose qui existe encore et que le traitement du trouble cristalloïdien n'a pas guérie.

Je signale sommairement ces deux faits parce qu'ils établissent la connexion des affections oculaires, qui sont toujours plus complexes qu'on ne l'imagine. Les caractères différentiels des maladies ont leur valeur ; mais en nosographie comme en histoire naturelle les rapports de similitude ont aussi la leur, qu'il ne faut pas négliger.

Beaucoup de cataractes, tout à fait opalines, les unes d'un blanc mat, les autres avec une légère nuance de jaune, toutes dues à un état pathologique de la capsule, toutes dues au ramollissement du cristallin ou tout au moins de ses couches corticales, succèdent à des iritis et s'améliorent sous l'influence d'un traitement médical.

Voici comment les cataractes se produisent :

Lorsqu'un malade est pris d'iritis aiguë, quelquefois, quelle que soit l'habileté du médecin à employer les mydriasiques, l'intoxication mercurielle locale et même générale, les ventouses scarifiées et non scarifiées et tous les autres moyens thérapeutiques, il se produit des exsudations noires, brunes, rougeâtres, blanches même, généralement en forme de virgule, allant du bord libre de l'iris à la capsule du cristallin. Ces exsudations empêchent les libres mouvements de la pupille qui se dilate irrégulièrement après guérison, et solidarisent plus qu'il ne convient l'iris et le cristallin. Elles sont aussi, pour une certaine partie de la surface cristalloïdienne, un obstacle à l'endosmose et à l'exosmose. De là les troubles sous-capsulaires, et ultérieurement les troubles cristalloïdiens auxquels ces exsudations donnent naissance.

Je vais au-devant de toute objection. Voilà quatorze ans que j'ai décrit et fait dessiner, dans un petit volume épuisé depuis longtemps :

A. Les exsudations blanches, en forme de couronne, qui souvent bordent la pupille.

B. Les exsudations colorées par du pigment, qui siègent aussi sur le bord pupillaire et même sur le bord des pupilles artificielles.

C. Ces toiles extrêmement fines, tantôt plus blanches, tantôt plus brunes, qui ne touchent pas au cristallin et à travers lesquelles a lieu une vision médiocre.

D. Les exsudations de même nature qui, au lieu d'être un peu en avant de la pupille, sont plus en arrière et accolées à la face antérieure du cristallin.

E. Les exsudations noires, brunes, rousses et même quelquefois blanches, qui vont du bord libre de l'iris à la capsule, le plus souvent sous forme de virgule.

L'on nous permettra donc de croire que nous n'avons pas fait de faute de diagnostic en observant des états sous-capsulaires déterminés par les exsudations qui relient la capsule à l'iris, et que nous n'avons nullement confondu dans nos recherches ces divers états avec les exsudations qui existent au-devant de la capsule. — Cela posé, nous disons que le traitement médical peut être très-utile au traitement des troubles *sous-capsulaires*, tout aussi bien qu'à celui des troubles *anté-capsulaires* ; mais qu'il doit être différent et tout à fait pareil, en ce qui concerne le cristallin, au traitement déjà indiqué. — Quant aux exsudations iridiennes, elles réclament les mydriatiques, les mercuriaux, le traitement ammoniaco-mercuriel, et, si malgré tout elles résistent, il devient alors nécessaire de pratiquer la pupille artificielle.

Toutefois, nous n'aimons pas, en pareille circonstance, agir chirurgicalement sur un iris malade. Nous l'avons fait dans des circonstances exceptionnelles, et nous avons réussi ; mais il nous est aussi arrivé d'échouer ou de n'obtenir qu'un demi, qu'un tiers, qu'un quart de succès. Il est donc bien entendu qu'autant que possible nous pratiquerons la pupille artificielle sur un iris guéri et ramené à un état presque normal, mais resté lié au cristallin par de fausses membranes.—Passons maintenant aux faits.

Mlle N..., religieuse à Nantes, m'est venue avec un iritis subaigu, chronique et double. Cet état pathologique de l'iris est excessivement commun ; beaucoup de malades atteints d'iritis s'adressent à des médecins qui, voyant une ophthalmie interne aiguë, saignent, resaignent, appliquent des sangsues, enlèvent les symptômes aigus avec promptitude; mais la maladie n'est qu'incomplétement détruite, parce qu'ils n'ont employé ni les mydriatiques ni les mercuriaux. Il se produit une sécrétion anormale de fausses membranes, généralement au bord libre de l'iris, et généralement aussi ces fausses membranes prennent la forme de virgules et relient l'iris à la capsule antérieure du cristallin. C'est ce qui avait eu lieu chez notre jeune religieuse. — Tout d'abord j'ai employé les ventouses sur le cou, comme moyen déplétif et antiphlogistique; concurremment j'ai eu recours aux préparations ammoniaco-mercurielles et aux mydriatiques. L'état de ma jeune religieuse s'est amélioré pour ce qui regardait l'iris, mais il existait un trouble opalin sous-capsulaire, et je craignais le développement d'une cataracte molle. — C'est alors que j'ai laissé les mydriatiques et surtout les mercuriaux, pour employer les vésications ammoniacales, les résolutifs à l'intérieur et revenir aux ventouses ; toutefois, l'ammoniaque à l'extérieur et à

l'intérieur, à l'extérieur sous forme caustique, et sous forme de chlorhydrate et de carbonate à l'intérieur, associé à l'iodure de potassium et sous forme de chlorhydrate, l'ammoniaque, dis-je, a dominé dans le traitement. Mlle N... est aujourd'hui beaucoup mieux, voit à lire, à écrire, à travailler à la couture et ne présente plus aucun trouble cristalloïdien.—Je l'ai soignée à trois reprises : il y a dix ans, il y a trois ans et tout dernièrement.—Il y a dix ans, pour son iritis subaigu, et pour le trouble cristalloïdien ; elle était alors très-jeune ; il y a trois ans, pour un retour du trouble cristalloïdien aux deux yeux ; et tout dernièrement pour un retour du trouble cristalloïdien à l'œil gauche.—Toutefois, avant de passer outre, je dois faire remarquer que si, en pareil cas, le trouble cristalloïdien n'est pas soigné dès le début, le traitement médical n'a, le plus souvent, d'autre résultat que de hâter le ramollissement du cristallin et la formation d'une cataracte plus complète.

J'ai publié en mars 1857, dans les Annales d'oculistique, l'observation suivante, qui présente d'autant plus d'intérêt que depuis cette époque j'ai revu le malade et que j'ai eu à le soigner de nouveau :

Fortin, sabotier à Mauchamp (Vendée), présente une légère couche plastique *sur* les capsules antérieures. Il existe, de plus, des adhérences de l'iris aux capsules ; les pupilles se dilatent irrégulièrement ; l'œil droit est sensiblement plus trouble que le gauche. Fortin n'a jamais eu d'affection syphilitique, mais il est quelque peu chlorotique.—Les phosphènes sont très-bien perçus, ce qui me rassure sur l'état des rétines; mais le malheureux Fortin est désespéré, car il ne voit plus assez pour exercer sa profession.

Le traitement a duré dix-sept jours. Fortin a quitté Nantes, voyant de l'œil gauche comme il voyait il y a trois ou quatre ans.—L'œil droit a obtenu très-peu d'amélioration, et je suppose que dans deux ou trois ans il sera cataracté.

Voilà ce que j'écrivais en mars 1857 ; Fortin m'est revenu depuis. Il ne s'agissait plus de la couche fibro-plastique qui recouvrait les capsules antérieures; cette couche avait été parfaitement résorbée à l'œil gauche et à peu près entièrement au droit; mais il existait dans les deux yeux une altération opaline sous-capsulaire des deux cristallins, celle qui est si commune en pareil cas et suivie si fréquemment de cataracte molle. — Je l'ai soumis au traitement que j'emploie d'habitude en pareil cas, et j'ai réussi à restituer à l'œil gauche toute sa transparence ; le droit a eu un peu, mais peu d'amélioration.

Il convient d'ajouter que le premier traitement, tout en faisant disparaître la subinflammation de l'iris et l'épanchement fibro-plastique déposé sur la face antérieure de la cornée, n'avait nullement fait disparaître ces fausses membranes, ces virgules, jadis improprement appelées *condylomes*, qui rattachaient l'iris à la capsule antérieure.

J'ai examiné Fortin, avec l'ophthalmoscope, à son second séjour à Nantes et je n'ai trouvé, dans la partie de l'œil accessible à mes investigations (la pupille est peu dilatable), aucune décoloration choroïdienne, aucune sécrétion anormale de la choroïde ; la maladie est encore bornée à l'iris et à l'appareil cristalloïdien.

Je crois avoir suffisamment avancé la démonstration de la thèse que je soutiens, pour pouvoir laisser le champ libre aux confrères qui ont aussi des faits. Toutefois, je crois devoir déclarer en termi-

nant que je possède des exemples de rétrocession dans le développement des cataractes :

1° Pour des cataractes qui ont commencé par les bords ;

2° Pour des cataractes qui ont commencé par le noyau ;

3° Pour des cataractes qui ont commencé par le pôle postérieur, ou par la capsule postérieure.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la cautérisation électrique ou galvano-caustique.

Extrait d'un rapport lu à la Société de chirurgie par M. Broca, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux (¹).

Le plus important peut-être des cautères de M. Middeldorpf est celui qui est destiné à couper sans hémorrhagie le pédicule des tumeurs situées dans les cavités profondes, telles que le vagin, le rectum, le pharynx et même le larynx ; car M. Middeldorpf a opéré avec succès un polype de l'extrémité supérieure de ce dernier organe. Un fil de platine est d'abord passé autour du pédicule de la tumeur ; puis, lorsqu'on est certain qu'il est bien en place, on saisit les deux chefs qui sont libres à l'extérieur, et on les introduit dans une sorte de serre-nœud en cuivre. Ce serre-nœud, assez long pour arriver jusque sur la tumeur, est formé de deux tiges isolées, et porte à son extrémité deux trous distincts pour recevoir les chefs de l'anse de platine. Ceux-ci viennent se fixer sur le manche autour d'une petite manivelle sur laquelle il s'enroule *isolément*. On tourne la manivelle jusqu'à ce que le serre-nœud soit arrivé sur la tumeur, qui se trouve ainsi étreinte par le fil. Le manche est alors mis en communication avec les deux conducteurs (couvercle n° 1). On s'assure de nouveau que le fil est bien en place, et l'on pousse le coulant du manche afin de fermer le circuit. La cautérisation commence aussitôt ; la chaleur ne se produit que dans la partie de l'anse de platine qui est située au delà du serre-nœud et qui embrasse la tumeur. On tourne lentement la manivelle, afin de ne pas couper trop promptement le pédicule et d'éviter l'hémorrhagie. Si, malgré cela, la section marchait trop vite, on substituerait le couvercle n° 2 au couvercle n° 1, afin de diminuer la tension de la pile. Suivant le volume du pédicule de la tumeur, la durée de l'opération varie de une à quatre ou cinq minutes. Ce cautère, destiné à couper les tissus

(¹) Fin. — Voir la livraison du 30 novembre, p. 441.

par cautérisation, est désigné par M. Middeldorpf sous le nom d'*anse coupante galvano-caustique.*

Pour donner une idée des effets de l'anse coupante, M. Middeldorpf a bien voulu, dans une séance d'expérience à laquelle j'ai assisté, pratiquer deux amputations de cuisse sur un lapin. La première amputation, faite avec la combinaison du couvercle nº 1, c'est-à-dire avec la pile à forte tension, fut achevée en trois minutes environ; mais la section avait été trop rapide, et l'artère fémorale fournit une hémorrhagie considérable.

La seconde amputation fut faite avec la pile à moyenne tension (couvercle nº 2). Cette fois la section fut achevée seulement au bout de cinq ou six minutes, et il n'y eut aucune hémorrhagie. Ainsi il importe, lorsque l'on veut éviter l'écoulement du sang et lorsque l'on suppose que le pédicule de la tumeur renferme des artères un peu grosses, il importe, dis-je, de ne pas chauffer trop fortement le fil, et pour cela on doit donner la préférence à la combinaison nº 2.

Immédiatement après l'amputation faite devant nous sur ce lapin, j'ai examiné la surface de la plaie : elle était presque aussi nette que si l'opération eût été faite au moyen du bistouri. Elle était chaude et parfaitement sèche, et pourtant elle ne paraissait pas escarrifiée, car elle présentait la couleur naturelle de la chair du lapin. Il était clair cependant qu'il devait y avoir une escarre. Pour m'en assurer, et en même temps pour savoir quelle était l'épaisseur de la couche mortifiée, je fis transporter le lapin chez moi. L'amputation avait été faite à la racine du membre; la plaie était énorme eu égard au volume de l'animal. Dès le troisième jour je trouvai dans la plaie un peu de suppuration. L'animal paraissait fort malade et refusait des aliments. Il survécut néanmoins plus de quatre jours à l'opération.

A l'autopsie, je reconnus aisément l'existence d'une escarre très-régulière, ayant une épaisseur uniforme de 1 millimètre. Ainsi, on peut dire que l'anse coupante ne produit que des escarres fort minces. Malgré cela l'artère fémorale était oblitérée par un caillot long de 5 à 6 millimètres, et il n'y a vraiment pas lieu de redouter beaucoup la production des hémorrhagies consécutives.

M. Middeldorpf a bien voulu, à ma demande, faire transporter son appareil à la Charité, où trois malades de mon service ont été soumis à la cautérisation galvanique. M. Middeldorpf a cautérisé lui-même en ma présence le col de l'utérus sur une femme qui avait déjà deux fois été cautérisée au fer rouge. Il s'est servi du cautère-porcelaine. Il a ensuite cautérisé avec le cautère en coupole une large fis-

tule recto-vaginale sur une femme qui avait déjà été opérée ou cautérisée plusieurs fois par mon collègue, M. Alph. Guérin. Enfin, j'ai moi-même cautérisé une hémorrhoïde interne sur un malade dont je dois dire quelques mots. Cet homme, atteint d'hémorrhoïdes depuis plusieurs années, était très-affaibli par des hémorrhagies qui, depuis dix-huit mois, ne lui laissaient aucun repos et qui lui faisaient perdre quelquefois deux ou trois verres de sang par jour. A l'extérieur on n'apercevait que trois petites tumeurs dures, indolentes, qui n'avaient jamais flué. Le sang venait d'une tumeur hémorrhoïdale grosse comme une amande, située à la partie postérieure de l'anus, à 2 centimètres environ au-dessus du sphincter. Cette hémorrhoïde n'était jamais sortie, et, pour l'attirer à l'extérieur, il aurait fallu la saisir avec une pince de Museux. On aurait pu, à la rigueur, la cautériser en introduisant un fer rouge jusqu'au-dessus du sphincter; mais on aurait brûlé la muqueuse dans toute la circonférence de l'anus, ce qui aurait exposé à la formation ultérieure d'un rétrécissement.

J'aurais peut-être hésité dans le choix du procédé opératoire si la galvano-caustique ne m'avait offert une ressource précieuse. J'introduisis d'abord dans l'anus une demi-valve en buis destinée à protéger la paroi antérieure de l'anus et du rectum, puis j'allai reconnaître avec l'index de la main gauche la situation de la tumeur hémorrhoïdale, et je fis pénétrer jusqu'à ce point la boule du cautère-porcelaine. Je m'assurai une seconde fois que l'instrument était bien en place, qu'il cautériserait bien la tumeur, et rien que la tumeur. Après avoir pris toutes ces précautions, je poussai le bouton du manche, et aussitôt la cautérisation commença. On voyait quelques vapeurs s'échapper de l'anus, et l'on entendait le bruit particulier qui accompagne la combustion des tissus. Au bout d'à peu près dix secondes, sans déranger le cautère, je coupai le courant. Presque immédiatement le bruit s'arrêta, et, une demi-minute après environ, je retirai l'instrument, dont la boule, déjà suffisamment refroidie, franchit l'ouverture anale sans la cautériser. Il ne survint aucun accident. Le malade fut tenu au lit pendant quelques jours, puis il commença à se promener. Il quitta l'hôpital quinze jours après l'opération. Il paraissait guéri; mais je ne l'ai pas revu depuis et j'ignore si la guérison se maintiendra.

J'ai cru devoir donner quelques détails sur cette observation, parce qu'elle met en relief l'un des principaux avantages de la galvano-caustique. Aucun autre procédé, en effet, n'aurait permis d'opérer avec la même facilité, la même simplicité et la même précision.

La galvano-caustique a déjà reçu de très-nombreuses applications. La plus grande partie du traité de galvano-caustique de M. Middeldorpf est destinée à faire connaître les opérations que l'auteur a pratiquées par cette méthode, et à montrer l'extension qu'elle est susceptible de recevoir. Depuis la publication de son livre, il a exécuté beaucoup d'autres opérations, et aujourd'hui il a acquis une grande expérience qui donne beaucoup d'autorité à ses assertions. Il a heureusement échappé à cet enthousiasme aveugle qui entraîne si souvent les inventeurs à exagérer l'importance de leurs découvertes et à en compromettre l'avenir par l'exubérance de leurs prétentions. Il s'exprime sur sa méthode avec une modération et une simplicité qu'on ne saurait trop louer. Par cela même, ses paroles ont beaucoup de poids et méritent d'être prises en sérieuse considération. Il a été frappé de l'innocuité des opérations de galvano-caustique. Cette méthode ne met pas seulement à l'abri des hémorrhagies primitives, elle paraît encore conjurer le danger des hémorrhagies consécutives. En outre, M. Middeldorpf n'a jamais vu survenir l'érysipèle ni l'infection purulente, et il est dès lors disposé à substituer au bistouri le galvano-cautère ou cautère tranchant, dans l'ablation d'un grand nombre de tumeurs tant superficielles que profondes. Je ne puis pas me prononcer sur cette dernière question, qui ne pourra être jugée que par une longue expérience. Il est possible que les incisions pratiquées au moyen du galvano-cautère soient moins graves que les plaies faites avec l'instrument tranchant ; je ne suis pas éloigné de le croire; mais je ne partage pas, je l'avoue, les espérances de M. Middeldorpf, relativement à la double question de l'érysipèle et de l'infection purulente. Ces deux accidents, surtout le dernier, viennent quelquefois compliquer les brûlures ordinaires, et je serais fort étonné que la galvano-caustique en rendît le développement impossible. Certes, je suis très-loin de mettre en doute l'exactitude des faits qui servent de base aux appréciations de M. Middeldorpf; mais ce chirurgien a presque toujours appliqué sa méthode dans des cavités muqueuses, et cela explique déjà pourquoi il n'a jamais observé la complication d'érysipèle. Quant aux opérations pratiquées sur la peau, elles sont jusqu'ici trop peu nombreuses pour qu'on en puisse rien conclure. De même, il est tout simple que les malades de M. Middeldorpf aient pu échapper à l'infection purulente, puisque les opérations qu'il a faites au moyen de la galvano-caustique sont du nombre de celles qui n'exposent pas beaucoup, ou même qui n'exposent pas du tout à cet accident redoutable. Certes, la pyohémie peut sévir sur presque tous les opérés,

mais elle ne menace sérieusement que les amputés, et M. Middeldorpf reconnaît sagement que sa méthode n'est pas applicable à l'amputation des membres. L'expérience n'a donc pas encore prononcé, et il est permis de prévoir que de longtemps encore elle ne prononcera pas sur la valeur relative de la galvano-caustique et de l'instrument tranchant, comparés sous le rapport de l'infection purulente.

Malgré cette légère restriction, la galvano-caustique est et restera une ressource très-précieuse, et je suis convaincu que cette méthode a un très-bel avenir. Quand même elle n'aurait pas l'avantage considérable de faciliter beaucoup le maniement du feu et d'en élargir beaucoup la sphère d'application, elle aurait toujours dans la pratique une grande supériorité sur le fer rouge, parce qu'elle est incomparablement moins effrayante pour les malades; elle supprime cet appareil terrible inséparable de la cautérisation ordinaire, ce fourneau placé près du lit, ce bruit du soufflet qui excite les charbons ardents, et cette torture de l'attente qui fait souffrir le patient bien plus que l'opération elle-même.

Il y a pourtant une circonstance qui a nui jusqu'ici à la vulgarisation de cette importante méthode, c'est le prix élevé des piles de Grove. Les quatre couples dont se compose la batterie de M. Middeldorpf fournissent une surface de platine qui n'a pas moins de 250 pouces carrés de développement, ce qui, en mesure française, donne environ 1,710 centimètres carrés. Or, quelque minces que soient les lames de platine qu'on emploie, le prix élevé et le poids considérable de ce métal ne permettent guère de se procurer l'appareil complet de M. Middeldorpf à moins de 1,000 à 1,200 francs. On ne peut songer à imposer à tous les chirurgiens une pareille dépense, mais les grands hôpitaux pourraient du moins faire l'acquisition de cet appareil. En tout cas, il est vivement à désirer qu'on puisse remplacer les piles de Grove par d'autres piles moins coûteuses. Les piles de Bunsen, de grand format, dégagent une quantité très-notable de calorique; mais pour porter les métaux jusqu'à l'incandescence, il faudrait un grand nombre de couples, et l'appareil deviendrait très-difficile à manier. Je sais que M. Middeldorpf s'occupe de remplacer les lames de platine de la pile de Grove par des lames de fer; si cette tentative réussit, elle permettra de réaliser une économie considérable, et alors, j'en suis convaincu, la galvanocaustique se vulgarisera promptement.

J'ai la confiance que ce jour n'est pas éloigné, et que le cautère van ique est appelé à occuper une large place dans la thérapeu-

tique chirurgicale. Si cette espérance se réalise, le nom de M. Middeldorpf restera attaché à l'un des progrès les plus utiles de la médecine opératoire.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'infidélité de l'action du chloroforme comme réactif de l'urine.

M. le docteur Gigon a publié récemment dans l'Union médicale une série d'expériences desquelles il a tiré les conséquences suivantes : 1° l'urine, à l'état normal, contient toujours de l'albumine; 2° l'albumine n'y a pas été découverte jusqu'à présent, faute d'un réactif suffisant pour la déceler. Ce réactif existe; c'est le chloroforme.

Le fait nouveau signalé par le médecin d'Angoulême venant détruire toutes les notions de chimie pathologique acquises par les recherches modernes devait être nécessairement repris par les expérimentateurs. Il incombait à M. le docteur Becquerel, plus qu'à aucun autre, de vérifier les assertions de M. Gigon; c'est ce qu'il vient de faire. Pour donner plus de garantie à ses conclusions, notre confrère a prié un chimiste habile, M. Barreswil, dont personne ne contestera la compétence en pareille matière, de vouloir bien répéter les expériences avec lui. Ces expériences ont conduit leurs auteurs aux propositions que voici :

Première proposition. — Le chloroforme, ajouté en petite quantité et agité avec un certain nombre de liquides, donne une émulsion abondante et d'un blanc caractéristique qui la fait ressembler à de l'albumine.

Les liquides qui donnent ce résultat sont des liquides qui renferment des substances plutôt à l'état de mélange qu'à celui de dissolution véritable, ou bien encore qui la contiennent dans un état de dissolution tout particulier et qui n'est pas analogue à celui des substances solubles. Les substances qui jouissent de ces propriétés sont les suivantes : l'albumine, la gomme arabique, la gélatine, l'amidon en dissolution, le mucus, probablement la matière organique, encore indéterminée, tenue en dissolution dans l'urine.

Deuxième proposition. — Toutes les variétés d'urines non albumineuses, sauf quelques exceptions fort rares, donnent une émulsion souvent considérable quand on vient à les agiter avec du chloroforme. Ces émulsions sont en rapport direct avec la quantité de

mucus contenu dans l'urine et aussi avec celle des matières organiques tenues en dissolution.

Troisième proposition.— Les urines normales, qui donnent, par leur agitation avec une quantité suffisante de chloroforme, une émulsion, ne fournissent aucune trace d'albumine quand on agit sur elles avec les réactifs les plus sensibles.

Quatrième proposition. — L'urine albumineuse, loin d'être coagulée complétement par le chloroforme, ne laisse, au contraire, émulsionner avec ce liquide qu'une très-faible quantité de ce principe immédiat tenu en dissolution.

Conclusions. — 1° Les urines normales additionnées de chloroforme et agitées avec lui donnent un précipité qui n'est qu'une simple émulsion, constituée par le chloroforme d'une part, et d'une autre part par le mucus et la matière organique contenue dans la sécrétion urinaire; 2° les urines normales ne contiennent aucune trace d'albumine; 3° le chloroforme est un réactif très-infidèle ; il ne précipite qu'une partie de l'albumine et laisse intacte et en dissolution dans la partie supérieure du liquide l'albumine qui s'y trouve contenue.

Note sur le laudanum.

Nous n'avons pas l'intention de publier une modification de la formule du laudanum, car nous avons la conviction que ce médicament ne doit pas être modifié. Notre but est de protester contre une proposition qui a été faite il y a peu de temps (1). L'auteur de l'article que nous signalons appuie sa proposition en disant : « Je viens proposer un moyen de fabrication qui m'a paru convenable et qui pourrait rendre identique le laudanum de toutes les pharmacies. D'abord, au lieu de deux laudanums, je proposerai une préparation unique, titrée quant à la matière extractive; on éviterait ainsi la confusion et des accidents, souvent regrettables, qu'une trop forte dose d'opium a occasionnés. »

Cette proposition, nous la repoussons de toutes nos forces, et nous espérons que l'auteur reconnaîtra que nous avons raison ; car nous agissons dans un intérêt général. En effet, rien n'est plus simple que la préparation du laudanum, et ce médicament sera identique toutes les fois que les préparateurs suivront exactement sa formule. Le nouveau laudanum, dont les lecteurs du *Bulletin* connaissent la formule, n'est ni du laudanum ni de l'opium de Rousseau, c'est

---

(1) Voir la livraison du 15 novembre, p. 416.

un médicament qui ne peut être substitué ni à l'une ni à l'autre de ces préparations. Ce n'est pas la première fois qu'on propose de préparer le laudanum par fermentation. Notre honorable collègue commet une faute grave, en disant qu'il existe deux laudanums ; il n'y en a qu'un, et ce laudanum est le laudanum de Sydenham. Voici, à ce sujet, ce que nous avons dit dans notre Art de formuler : « Beaucoup de médecins donnent à l'opium de Rousseau le nom de *laudanum*, et beaucoup de pharmaciens délivrent de l'opium de Rousseau lorsqu'on leur demande du laudanum. C'est certainement une faute grave que de donner à un médicament un nom qu'il ne doit pas porter ; mais c'est une faute impardonnable de livrer au public de l'opium de Rousseau pour du laudanum de Sydenham. Si ces deux préparations opiacées étaient dosées de la même manière, il y aurait peu d'inconvénients à substituer l'une à l'autre ; mais comme l'opium de Rousseau contient plus d'opium que le laudanum de Sydenham, il y a du danger à les donner l'un pour l'autre et à les réunir sous la même dénomination. »

Le nom de *laudanum* doit toujours être suivi du nom de Sydenham, et ne peut, lorsqu'il est seul, désigner que le laudanum de Sydenham, car il n'y a qu'un laudanum, c'est le laudanum de Sydenham. Il y a plusieurs opiums : l'opium, ou opium brut ; l'opium purifié, ou extrait d'opium, extrait gommeux d'opium, extrait thébaïque ; l'opium de Rousseau, ou teinture d'opium par fermentation ; l'opium acétique, ou dissolution concentrée d'opium dans de l'acide acétique, etc. ; le mot *opium* prononcé seul veut dire *opium brut*.

Nous terminerons cette note en faisant des vœux pour que les inspecteurs qui visitent chaque année les pharmacies exigent que les flacons qui renferment l'opium de Rousseau ne soient pas étiquetés *laudanum de Rousseau*. DESCHAMPS.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Quelques considérations sur le traitement des hernies épiploïques et entéro-épiploïques.—Avantages de la résection de l'épiploon.

Lorsque le chirurgien appelé près d'un malade atteint d'une hernie étranglée a levé l'étranglement et réduit la hernie, des difficultés peuvent encore se présenter, surtout si la hernie est entéro-épiploïque ou simplement épiploïque. En effet, que faire de

l'épiploon? Sera-t-il réduit, lié, abandonné dans la plaie, ou excisé? Depuis longtemps cette question a attiré l'attention des praticiens, et depuis deux siècles, surtout, elle demeure pour ainsi dire à l'ordre du jour. Pour arriver à déterminer la valeur de chaque méthode, nous avons puisé dans les ouvrages spéciaux écrits sur ce sujet dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie, et nous avons surtout recherché l'opinion d'Asthley Cooper et de Boyer, dont l'autorité est toute-puissante en pareille matière.

Richter et la plupart des chirurgiens modernes, Pipelet principalement, regardent la ligature en masse dans la majorité des cas comme inutile, nuisible et même dangereuse. Elle est inutile, parce que l'hémorrhagie qui suit la section de l'épiploon est peu considérable et s'arrête presque toujours d'elle-même ou par l'emploi des moindres moyens. Warner retrancha deux onces d'épiploon sans le plus petit écoulement de sang. Elle est nuisible, parce qu'elle donne lieu à une suppuration abondante qui s'épanche dans le ventre et peut occasionner de graves accidents. Elle est dangereuse, parce qu'elle est parfois suivie de tous les phénomènes qui caractérisent l'étranglement, phénomènes qui ne disparaissent qu'avec la section du fil, faite le plus promptement possible. Ponteau cite un cas de ligature qui s'est terminé par la mort, et dans lequel l'estomac et tout le bas-ventre avaient été le siége de violentes douleurs; Pott rapporte aussi un fait du même genre, et Pipelet rend compte de plusieurs expériences faites sur des animaux qui n'ont point survécu. Le trait saillant de ses observations est l'épaississement de l'épiploon, formant au-dessus de la ligature un tubercule de la grosseur d'un œuf, contenant le plus souvent un foyer purulent au centre.

Acrell donne une observation de ligatnro, terminée d'une manière heureuse, sans suite dangereuse. On trouve encore quelques cas isolés dans lesquels les choses se sont bien passées, mais ils sont rares et constituent l'exception. Lorsque l'épiploon est tuméfié, épaissi, et que son volume s'oppose à la réduction, Lafage et Garengeot donnent le conseil de jeter une ligature au-dessous de l'anneau, d'exciser ensuite une portion de la masse épiploïque et de la faire rentrer dans le ventre. Les mêmes raisons qui ont fait abandonner la ligature en masse ont fait rejeter cette combinaison de la ligature et de l'excision.

Verdier, traitant des indications de la ligature, est d'avis lorsque la sortie de l'épiploon est accompagnée de hoquets, de vomissements, et qu'il y a trace de mortification, de faire la réduction après avoir

appliqué la ligature. Il cite plusieurs observations qui tendent à prouver qu'on ne laisserait pas sans danger l'épiploon dans l'anneau. Ces observations sont empruntées à Delamotte, Souchay, Sorbier, Pouteau fils et Boudou. Delamotte et Souchay rapportent deux cas heureux de ligature avec excision, mais il n'en est pas de même de tous les autres, et Pouteau fils et Boudou, formulant nettement leur opinion, l'excluent définitivement de leur pratique. Les accidents causés par la ligature sont attribués par Verdier au dérangement de la circulation épiploïque, et ils sont en rapport avec la quantité d'épiploon comprise dans l'anse de fil.

La pression exercée par la ligature sur les vaisseaux de l'épiploon, ajoute-t-il, n'est dangereuse qu'autant que l'ouverture qui a livré passage à la hernie opère aussi une constriction sur eux.

Louis, à propos d'un fait de ligature, rapporté par Cheselden, blâme cette conduite et rappelle les travaux de Scharp, qui, dès 1741, en avait signalé les dangers.

Les expériences de Pipelet et de Pouteau aîné en avaient fait connaître toute la gravité, soit primitivement, soit consécutivement, et Bailly et Brouillard la regardaient comme pernicieuse.

La ligature a été proscrite par l'Académie de chirurgie, Ast. Cooper et Boyer n'en ont fait mention que pour la condamner : ils ne l'ont, du reste, presque jamais employée.

Le premier de ces deux chirurgiens demande comment elle a pu jouir de quelque crédit ? « L'opérateur, dit-il, se propose, en débridant, de faire cesser l'étranglement produit par la pression de l'aponévrose, et lorsque cette pression est détruite, en appliquant une ligature, on obtient une constriction complète. Si la ligature en masse a quelquefois été suivie de guérison, c'est qu'alors toute action vitale était probablement éteinte dans l'épiploon. Quand il y a mortification, la ligature n'amène aucune réaction, mais elle est inutile, puisque cette membrane se séparerait par le seul fait de la gangrène. » L'observation qui donne lieu à cette remarque est celle d'un jeune homme de vingt ans [1] qui succomba à cette opération ; c'est le cas unique qu'Ast. Cooper et Boyer aient rapporté dans leurs écrits.

Lorsque la masse épiploïque herniée n'est pas très-volumineuse, que l'épiploon n'a subi aucune modification, et qu'en un mot la réduction peut être faite sans effort, l'avis des chirurgiens est unanime. Mais lorsqu'après un séjour prolongé dans le sac herniaire,

---

[1] Ast. Cooper, obs. CCIX.

il s'est épaissi, il a contracté des adhérences, ou que, par le fait de l'étranglement, la circulation a été entravée, et qu'il est le siége d'un commencement de désorganisation, les avis sont très-partagés. Quelquefois, dit Richter, on trouve à l'ouverture du sac un épaississement et une tuméfaction considérables de l'épiploon ; dans ces cas, il n'est pas possible de lui faire franchir l'anneau, il ne faut point penser à le réduire. Deux raisons s'opposent à ce que l'anneau soit incisé pour en obtenir la dilatation. La première, c'est qu'une incision aussi large est toujours liée à quelque danger, et la seconde, c'est la certitude des accidents occasionnés par la présence de ce peloton endurci dans le bas-ventre, et le peu de vraisemblance de sa dissolution. Arnaud (1) donne deux observations remarquables à l'appui de cette opinion. Sharp craint aussi que l'épiploon pelotonné reste derrière l'anneau et ne ressorte à la première occasion. Pouteau et plusieurs chirurgiens de son époque sont d'avis, lorsqu'on reconnaît la hernie constituée par l'épiploon très-induré, avec adhérence, de se borner à lever l'étranglement et de ne faire aucune tentative de réduction, quel que soit le moyen que l'on emploie pour y arriver.

Cette méthode a eu peu de partisans, et aujourd'hui elle est généralement abandonnée. Il serait, en effet, difficile d'admettre que, rentrée dans l'abdomen, une portion d'épiploon entièrement modifiée dans ses éléments pût recouvrer ses fonctions primitives, et n'agît point comme un corps étranger dont la présence serait inévitablement accompagnée d'accident sérieux.

Lorsque l'étranglement est levé et que la réduction n'est pas possible, abandonnera-t-on l'épiploon dans la plaie, ou en fera-t-on l'excision ? Plusieurs auteurs, et Richter entre autres, conseillent, dans les cas de gangrène, de laisser l'élimination se faire au dehors ou en dedans du sac, et de réduire lorsqu'elle est complète. Pouteau et Boudon attendaient même, dans le cas de gangrène, la séparation spontanée ; Boudon renversait l'épiploon sur le ventre et faisait un pansement simple. Ast. Cooper n'est point de cet avis, et pense qu'il est irrationnel de laisser tomber l'épiploon par élimination, soit au dehors, soit au dedans du sac, parce qu'il est inutile d'entretenir une suppuration longue, qui retarde d'autant la guérison. Il rapporte à ce sujet plusieurs observations dans lesquelles cette pratique a été suivie de mauvais résultats. On a prétendu que la partie d'épiploon non éliminée formait un tampon adhérent qui s'oppo-

(1) Mém. de chirurgie, sect. II, p. 299.

sait plus tard à la récidive de la hernie; cette opinion généralement répandue est en opposition avec les faits. On trouve, en effet, dans les auteurs, nombre de cas dans lesquels la suppuration a entraîné des lambeaux mortifiés de la masse herniée, et plus tard, après la cicatrisation de la plaie, la hernie a reparu avec une telle sensibilité des parties cicatrisées que l'application d'un bandage devenait impossible. Nous avons eu sous les yeux un malade qui présentait ce phénomène, et qui fut obligé d'avoir recours à des moyens contentifs tout spéciaux.

Boyer, comme Ast. Cooper et plusieurs chirurgiens du siècle dernier, pensent qu'il est infiniment préférable, même au point de vue de la cure radicale, d'exciser la masse épiploïque lorsqu'elle ne se trouve pas dans des conditions de réduction convenables.

Boyer n'attend pas, pour adopter ce moyen, que l'épiploon ait perdu sa vitalité en totalité ou en partie. « Quand la réduction, dit-il, exige des efforts qui occasionneraient des meurtrissures dangereuses, il est plus sage de pratiquer l'excision. » A. Key [1] fait remarquer que cette méthode a été employée tant de fois avec succès à l'hôpital de Guy, qu'on y a recours lorsqu'on a le moindre doute sur l'opportunité de la réduction. On a agité la question de savoir si, quand l'épiploon a contracté des adhérences nombreuses et solides, on devait en faire la résection. Ast. Cooper pense qu'elle est toujours indiquée; Boyer n'est point de cet avis. Quand la masse épiploïque est considérable, il pense qu'il faut s'en tenir à lever l'étranglement et à ne point toucher au contenu du sac.

L'hémorrhagie est le principal danger que présente l'excision. Plusieurs praticiens du dernier siècle l'ont cependant pratiquée sans avoir eu cet accident à regretter. Warner reséqua deux onces d'épiploon sans ligature de vaisseaux; Armand le coupa une fois près du colon: il remonta bientôt jusqu'à l'ombilic, et il n'y eut point d'écoulement de sang. Heurmann [2] a fait beaucoup d'expériences heureuses sur des animaux. Verdier [3] fut appelé auprès d'un malade qui s'était ouvert le ventre avec un rasoir; il trouva deux lambeaux d'épiploon entièrement détachés, larges et longs d'un pied environ; l'un avait été coupé et l'autre arraché violemment. Il fit rentrer les intestins et ferma la plaie par la suture. Malgré la proximité de la naissance des artères épiploïques, il n'y eut point

(1) A. Cooper, Annotations.
(2) Heurmann, t. I, Opérations.
(3) Mémoires de l'Académie.

d'hémorrhagie ; il faut dire que la plaie était restée au contact de l'air toute la nuit et une partie du jour.

Ast. Cooper et Boyer croient la ligature des vaisseaux nécessaire et indispensable ; une hémorrhagie consécutive serait très-difficile à arrêter et mettrait sérieusement les jours du malade en danger. Boyer fait remarquer que les vaisseaux sont ordinairement turgescents, et qu'il est inadmissible qu'il n'y ait pas un écoulement de sang, soit primitif, soit consécutif.

Richter, tout en rejetant la ligature en masse et ne se prononçant pas d'une manière positive pour l'excision, les regarde cependant l'une et l'autre comme nécessaires dans certains cas. Dans une hernie, où il fut obligé de retrancher l'épiploon, il trouva les vaisseaux tellement dilatés, qu'il pensa exposer le malade à succomber à l'hémorrhagie, s'il ne s'en tenait qu'à la compression et aux styptiques. Il divisa l'épiploon en un certain nombre de faisceaux, en fit la ligature isolément, et ne serra les fils qu'autant qu'il le fallait pour arrêter l'écoulement du sang, et afin de pouvoir les dénouer à volonté. Les ligatures posées, il coupa l'épiploon. Le lendemain, les fils furent retirés et l'épiploon réduit.

Le malade, tant que les ligatures furent en place, eut du gargouillement et ressentit une douleur au front, qui ne disparut qu'avec l'enlèvement des fils. Le résultat fut heureux.

La résection, dans les cas de gangrène, doit-elle être faite dans le mort ou dans le vif ? Selon Richter, on doit séparer le mort avec des ciseaux, sans jamais inciser dans le vif, de manière qu'il reste une bordure gangrenée le long de la portion saine. Il faut ensuite hardiment réduire ; la séparation se fait dans le ventre, sans le moindre inconvénient.

Sharp [1] assure avoir souvent tenu cette conduite avec succès. Cependant, comme l'épiploon est le plus souvent adhérent dans l'anneau, et qu'il est inutile et même très-difficile de l'en séparer, il faut, selon ce chirurgien, les laisser dans le sac après avoir enlevé les parties gangrenées. Il rentre ordinairement pendant la guérison de la plaie.

Lorsque l'épiploon a été réduit, soit après l'excision, soit après l'élimination spontanée, la position du malade, suivant divers auteurs, n'est pas indifférente pour sa guérison.

Richter veut que, dans les premiers jours, le tronc soit plié en avant, pour faciliter la réduction et l'écoulement du pus. Quelques

---

(1). Sharp, Recherches critiques sur la chirurgie.

jours après, il recommande la direction verticale, pour faire remonter l'épiploon dans le ventre et pour éviter les adhérences dans le bas-ventre et derrière l'anneau.

Gunz cite un cas de résection et de réduction dans lequel le malade rendait tout ce qu'il prenait, et était obligé de marcher le corps courbé en avant.

Pipelet (*loc. cit.*) rapporte le fait d'un homme qui avait subi la même opération, et qui ne pouvait manger que dans la position horizontale, les cuisses fléchies sur le bassin et le haut du corps porté en avant. Le même auteur trouva sur un sujet l'estomac placé perpendiculairement par l'adhérence de l'épiploon à la partie postérieure de l'anneau. Chez cet homme, les digestions avaient toujours été laborieuses. Cet accident doit être regardé comme très-rare, et le dernier fait seul est appuyé de recherches anatomiques dont les autres auteurs ne font aucunement mention.

Ast. Cooper et Boyer, les deux chirurgiens qui se soient le plus positivement prononcés sur la valeur des diverses méthodes, tout en admettant sans restriction l'opportunité de l'excision, ne sont cependant pas d'accord sur ce point, à savoir si, lorsque l'épiploon contenu dans le sac est gangrené, on doit trancher dans les parties vivantes ou dans les parties mortes.

Ast. Cooper établit en principe que, lorsque l'épiploon est gangrené, il faut trancher dans les parties vivantes. D'après sa propre expérience, quand il y a doute, même sans la moindre certitude de l'état gangréneux, l'excision est indiquée; cette excision n'est accompagnée d'aucun danger, tandis que la mortification, ou même l'état voisin de la mortification, fait courir les plus grands risques à la vie du malade.

Boyer conseille, en cas de gangrène de l'épiploon, de retrancher ce qui est gangrené. L'excision doit être faite dans la partie morte, le plus près possible du vif, sans cependant l'intéresser. A propos des inconvénients de l'élimination spontanée, il dit qu'on les prévient facilement en reséquant l'épiploon à un ou deux pouces environ de l'anneau. Les artères qui fournissent du sang sont liées séparément, et le pédicule de la hernie est abandonné dans la plaie lorsqu'on a l'assurance que l'étranglement est complétement levé.

Ast. Cooper se servait du manuel opératoire suivant : le chirurgien soulevant l'épiploon, un aide le saisit au-dessous du point où la section doit être faite, c'est-à-dire près de l'orifice du sac, afin de prévenir sa rentrée dans l'abdomen. Comme il y a toujours dans l'état normal quelque jet de sang, on lie les vaisseaux avec des fils

très-fins. Lorsque l'hémorrhagie est arrêtée, l'épiploon est réduit, la surface de section maintenue dans l'incision, et des ligatures pendent au dehors. L'épiploon forme ainsi un tampon obturateur qui n'est plus exposé au resserrement de l'anneau.

A. Key reproche à l'excision en masse d'empêcher de voir les artères qui fournissent du sang, et, pour obvier à cet inconvénient, il propose d'étaler l'épiploon et de le couper en faisant la ligature des vaisseaux, à mesure qu'ils se présentent.

L'étude des divers moyens employés pour arriver à la guérison de l'étranglement herniaire, et cette étude faite à différentes époques où les progrès de la chirurgie ont surtout été remarquables, conduit tout naturellement à compléter par les faits journellement observés les observations des chirurgiens qui nous les ont transmises.

Blandin avait pour habitude de réduire l'épiploon lorsqu'il n'avait point subi de transformation fibreuse, et que l'inflammation n'en avait point profondément altéré le tissu. M. Demarquay, qui a longtemps suivi la pratique de l'ex-chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a pu réunir un grand nombre d'observations et en tirer la conclusion que le plus souvent les réductions épiploïques sont le point de départ d'accidents inflammatoires fréquemment mortels. Depuis plusieurs années, ce chirurgien s'est beaucoup occupé de ce sujet. Il en a cherché l'élucidation par des expériences sur les animaux, et c'est avec le résultat de ces expériences et des opérations qu'il a faites qu'il s'est ainsi formulé les indications de la méthode à suivre. Quelque volumineuse que soit une masse épiploïque, si elle a été comprimée par l'étranglement pendant un certain temps, sa texture a subi une notable modification, traduite par le changement de coloration et la stase du sang dans sa trame. Elle a, en un mot, éprouvé comme l'intestin, au contact duquel elle se trouve, un travail de congestion ou d'inflammation. Si l'on ajoute à cela les efforts de réduction faits avant et après l'opération, le froissement de cette membrane délicate par les mains du chirurgien et des aides, le contact prolongé de l'air, la difficulté qu'on éprouve souvent à la faire rentrer dans le ventre, le déchirement de ses lames, etc., on comprendra qu'on n'introduit plus dans la cavité abdominale qu'une masse ensanglantée, imprégnée des liquides exhalés du sac, contuse, et qui devra inévitablement s'enflammer. L'opération faite dans ces conditions est le plus souvent suivie de péritonite grave et ordinairement mortelle. M. Demarquay a vu mourir dans divers hôpitaux, et principalement à l'Hôtel-Dieu, des malades opérés dans ces conditions et qui, à l'autopsie, indépendamment de la périto-

nite, présentaient une suppuration complète de la masse épiploïque. Le pus, dans ces cas, était infiltré ou paraissait sous forme de collections entre les anses intestinales et l'épiploon ; une fois il existait une série d'abcès superposés dans cette membrane. C'est pour se mettre à l'abri de pareils accidents que M. Demarquay, depuis plusieurs années, resèque toujours l'épiploon.

La résection de l'épiploon, sans être tombée en désuétude, a cependant trouvé peu de partisans depuis Boyer. Ce n'est guère que depuis un petit nombre d'années que plusieurs chirurgiens ont tenté de la remettre en honneur. M. Jobert en a rapporté plusieurs cas, et, avant son dernier travail sur ce sujet (Moniteur des Hôpitaux, juillet 1857), nous avions à signaler plusieurs résultats heureux obtenus en ville et dans les hôpitaux.

Les trois observations suivantes ont été recueillies dans le service de M. Monod, à la maison de santé et dans la pratique de M. Demarquay.

Obs. I. *Double hernie inguinale. — Hernie inguinale droite étranglée. — Etranglement par le collet du sac. — Adhérence de la masse épiploïque au tubercule. — Résection de l'épiploon. — Guérison après phlegmon et abcès dans les parois de la partie inguinale de l'abdomen.* — M. X..., âgé de quarante ans, robuste, bien constitué, est atteint depuis une époque reculée, qu'il ne peut point déterminer, d'une double hernie inguinale maintenue par un bandage. Ce bandage, mauvais, mal appliqué, a déterminé dans les deux aines, à plusieurs reprises, un travail inflammatoire et des abcès dont on voit encore les cicatrices. Plusieurs fois déjà la hernie droite est sortie et a causé quelques accidents, mais le taxis a toujours réussi à les faire cesser.

Le 4 août 1855, à sept heures du soir, la hernie sort sous le bandage, et le malade cherche en vain, pendant plusieurs heures, à la faire rentrer ; à onze heures du soir, il arrive à la maison de santé. Des tentatives de taxis sont inutilement faites avant, pendant et après un bain. Les selles sont supprimées, et il y a un vomissement dans la nuit.

Le lendemain, à la visite, on constate l'état suivant : dans la bourse droite, une tumeur du volume d'un gros œuf, dure au toucher, rénitente, résistant au doigt, excepté dans quelques points situés à la partie inférieure et qui sont plus souples qu'ailleurs. Le collet de la tumeur est très-dur. On retrouve facilement l'anneau, qui est assez libre et qui, évidemment, par sa laxité, n'est pas la cause de l'étranglement. A la partie inférieure de la tumeur, on retrouve le testicule qui n'est pas libre et paraît adhérent à une partie de la tumeur. Il y a irréductibilité absolue de la masse herniaire. Pas de changement de couleur à la peau, pas de phénomènes inflammatoires, pas de sensibilité au toucher. L'état général est excellent. Le taxis est encore tenté après chloroformisation et ensuite dans un bain, toujours sans succès. Les efforts de réduction ont déterminé un commencement d'inflammation de la tumeur, qui devient rouge, sensible au toucher et assez douloureuse. Dans la journée, vomissements bilieux qui deviennent assez fréquents, pas de matières stercorales. Suppression complète des selles, pas de ballonnement du ventre, le pouls devient petit et fréquent.

Le soir, à quatre heures, M. Monod procède à l'opération. Incision suivant le grand diamètre de la tumeur, puis dissection au moyen des pinces et des ciseaux mousses dans la partie moyenne de l'incision. M. Monod arrive facilement sur le sac : il introduit alors l'index et fend sur lui les tuniques dans une étendue assez considérable. Une anse intestinale (intestin grêle) assez petite, accompagnée d'une masse épiploïque volumineuse, se trouve dans le sac. En bas, l'épiploon adhère au testicule ; la cause de l'étranglement est le collet du sac, que l'opérateur incise en deux ou trois points.

La réduction devient alors facile. L'épiploon est reséqué et la plaie réunie par deux points de suture, excepté en haut, où passe la ligature d'une artère épiploïque.

Dans la soirée et la nuit deux selles ; état général bon ; pas de fièvre.

Les suites de l'opération ont été très-simples les premiers jours ; la réunion par première intention eut lieu dans les deux tiers inférieurs de la plaie, mais vers le septième jour, la ligature n'étant pas encore tombée, des symptômes d'inflammation se manifestèrent. Il survint un abcès de la région inguinale au-devant du canal inguinal ; cet abcès se guérit rapidement, il n'y eut pas d'accidents ultérieurs. Le malade sort complétement guéri et marchant très-bien, dans les premiers jours de septembre.

Obs. II. *Hernie crurale étranglée. — Opération. — Résection de 55 grammes d'épiploon. — Guérison* — Le 27 août 1856, est entrée à la maison de santé une dame âgée de quarante deux ans, d'une assez bonne constitution, et atteinte d'une hernie étranglée. L'apparition de la hernie remonte à huit ans et s'est manifestée à la suite d'une grossesse. Un médecin conseilla l'application d'un bandage que la malade ne cessa de porter depuis lors. Ce bandage contenait très-bien la hernie, qui jamais n'était sortie, lorsque le 25 de ce mois, la malade, étant assise, sentit la hernie glisser sous la pelote du bandage. Elle essaya d'abord elle-même de la faire rentrer : elle ne put y parvenir, et, comme elle n'éprouvait aucune souffrance, elle attendit au lendemain pour appeler un médecin. Le taxis fut pratiqué à plusieurs reprises, mais toujours infructueusement. Le 27 août, Mme X... entre à la maison de santé, deux jours après le début de l'étranglement ; on constate l'état suivant : il existe dans l'aine droite une tumeur à grand diamètre vertical. La peau qui la recouvre ne présente pas de changement de couleur. Elle est dure, rénitente, d'une température un peu plus élevée que celle des parties voisines, bien limitée, sans bosselure, et donne un son mat à la percussion. Le pouls a légèrement augmenté de fréquence, et il est un peu plus fort qu'à l'état normal. La langue est blanche, la soif peu vive. Depuis le commencement de l'étranglement la malade n'a pas pris d'aliments ni pu aller à la garde-robe. Il n'y a eu qu'un ou deux vomissements de matières bilieuses.

Actuellement la malade n'a que des nausées qui reviennent à intervalles assez éloignés. Le ventre est souple et peu douloureux à la percussion. Le taxis est de nouveau tenté avant et après une application de compresses glacées : le résultat est le même. M. Demarquay arrive sur ces entrefaites et procède immédiatement à l'opération. Au moyen d'une incision cruciale, la tumeur est découverte, le sac est incisé avec précaution ; il en sort quelques cuillerées de sérosité

sanguinolente. Le sac étant divisé crucialement et ses angles écartés, on aperçoit une masse épiploïque qui recouvre une anse d'intestin grêle fortement étranglée. Cet intestin est rouge violacé, distendu, et présente en quelques points de petites ecchymoses sous la couche péritonéale ramollie. Pressé entre les doigts, il n'offre pas la flaccidité de tissus qui auraient cessé de vivre ; l'épiploon est rose, tuméfié et de consistance pâteuse.

L'étranglement paraît siéger au niveau du ligament de Gimbernat; il est tellement serré que M. Demarquay a beaucoup de peine à introduire son doigt pour guider le bistouri boutonné. Le débridement fait, l'anse intestinale est réduite. L'épiploon est reséqué et des ligatures sont appliquées à mesure que les vaisseaux sont divisés. Le poids de l'épiploon reséqué est de 55 grammes. On fait un pansement à plat maintenu par un spica de laine.

Le soir, il y a de la fièvre, la peau est chaude, le pouls fréquent, mais le ventre est souple et les nausées ont cessé. Le lendemain, même état : on prescrit un léger purgatif qui ne tarde pas à amener plusieurs garde-robes.

A partir de ce moment, les selles se sont rétablies régulièrement. Trois jours après, l'appétit revient, et la fièvre disparaît : la réunion s'est faite par première intention, partout, excepté dans le point où sortent les fils des ligatures. Quelques gouttelettes de pus suintent par cet endroit, la suppuration augmente les jours suivants. Le 6 septembre, il n'y a plus qu'une ouverture fistuleuse par où s'échappe le pus. La réunion s'était faite superficiellement; le stylet fait connaître l'existence d'un décollement s'étendant jusqu'au pli génito-crural. On passe chaque jour une injection iodée dans le foyer. Le 8 septembre, la dernière ligature tombe. Le 10 septembre, une induration inflammatoire se produisant au niveau des parties décollées, et la peau devenant rouge et chaude, M. Demarquay pratique deux contre-ouvertures, l'une au niveau du pli génito-crural, et l'autre à un pouce au-dessous de la première; puis il passe deux mèches à séton de façon à relier ces ouvertures avec la fistule. A partir de ce moment, la suppuration, trouvant un écoulement facile, diminue de jour en jour avec la rougeur et le gonflement inflammatoire. Le recollement s'opère rapidement et la malade peut quitter la maison le 15 septembre, entièrement guérie de son opération.

Obs. III. *Hernie épiploïque volumineuse étranglée. — Résection de la masse épiploïque herniée.* — C..., cocher de maison bourgeoise, quarante-quatre ans, est grand, robuste et d'un tempérament lymphatico-sanguin; il n'a jamais eu d'autres maladies que quelques accès de fièvre intermittente. A l'âge de quatre ans il lui survint une hernie inguinale du côté droit, pour laquelle on lui appliqua un bandage. Cette hernie, jusqu'au moment où elle s'est étranglée, ne dépassait pas le volume d'une noix et se réduisait très-facilement.

Le 15 novembre 1856, en donnant un coup de pied à son cheval, C... sentit se former dans la région inguinale une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule; il ne se préoccupa pas tout d'abord de cet accident, continua son service et fit treize lieues sur le siége de sa voiture.

Le soir, à dix heures, on constate l'état suivant : la bourse droite est volumineuse et dure, elle contient une tumeur qui suit le trajet du cordon et s'engage dans le canal inguinal. Cette tumeur est irréductible, toutes les tentatives de taxis demeurent infructueuses. On prescrit pour la nuit un bain et des cataplasmes émollients : le lendemain de nouveaux efforts de taxis n'amènent pas un résultat plus heureux que la veille. M. Demarquay, mandé, n'eut pas plus de succès; il conseilla, avec M. Gorbel-Lagneau, une application de trente sangsues,

déclarant l'opération urgente, si, après leur chute, la réduction n'était pas possible. Toute tentative ayant été inutile, M. Demarquay pratique l'opération à neuf heures et demie du soir, trente-huit heures après l'accident, en présence de MM. Legroux et Corbel-Lagneau.

A l'ouverture du sac il s'écoula une grande quantité de sérosité, et une masse d'épiploon, repoussée par un épanchement sanguin considérable, vint faire saillie au dehors. Après avoir levé l'étranglement, M. Demarquay prit l'avis de ses confrères sur l'opportunité de faire rentrer l'épiploon dans l'abdomen ou de le reséquer, objectant qu'il pouvait être le siége d'un phlegmon grave qui mettrait les jours du malade dans le plus grand danger. Cette proposition s'appuyait sur la date de l'accident et sur l'état des parties qui avaient subi de nombreuses tentatives de taxis. La résection fut décidée. Le poids de l'épiploon excisé s'éleva à 300 grammes. Quelques ligatures arrêtèrent le sang formé par des artérioles, un pansement fut fait et le malade remis dans son lit.

Un court accès de fièvre suivit l'opération. Les jours suivants, les environs de la plaie et la plaie elle-même furent le siége du gonflement et de la douleur; ces accidents étaient accompagnés de hoquet; il y eut un seul vomissement sans la moindre sensibilité abdominale (Calomel, lavement purgatif).

Le troisième jour, le malade prit du bouillon de poulet : la douleur locale était supportable; un peu d'agitation nerveuse la nuit.

Le quatrième jour, garde-robe naturelle : le bien continue; on ajoute aux potages quelques aliments solides et un peu de vin.

Le huitième jour, les ligatures tombent; elles entraînent avec elles une partie de l'épiploon gangrené du volume d'une noix. Les bourses sont moins volumineuses, la peau devient souple; à l'angle supérieur de l'incision on voit une portion d'épiploon qui se couvre de bourgeons charnus et qui fournit une suppuration de bonne nature.

Le 1er décembre, un abcès s'ouvre dans le scrotum, il se vide par la plaie.

Le 9, la plaie est belle, vermeille et se rétrécit sensiblement; le testicule est indolent. Chaque jour, cautérisation avec le nitrate d'argent. (*Observation recueillie par M. Corbel.*)

Les faits que nous venons de rapporter, et l'analyse de ceux qui ont été publiés par les auteurs du siècle dernier, sont entièrement à l'avantage de la résection de l'épiploon. Elles démontrent que cette opération est peu dangereuse et que dans la majorité des cas, lorsque cette membrane a supporté les efforts d'un taxis prolongé, elle se mortifie rapidement, ou tout au moins se trouve dans des conditions très-favorables au développement d'un phlegmon. Ast. Cooper et Boyer étaient tellement convaincus de ce fait, qu'ils n'ont pas hésité à l'indiquer chaque fois que la réduction avait lieu presque spontanément ou sans la moindre difficulté.

Les accidents consécutifs que les anciens ont attribué à la résection, et qui sont consignés dans la plupart des traités de chirurgie herniaire, sont tellement à l'encontre de l'observation, qu'il est permis d'élever des doutes sur leur exactitude, et peut-être même d'en contester l'authenticité. L'adhérence de l'épiploon au collet du sac,

et par suite l'impossibilité où se trouvent les opérés de garder la position verticale, les douleurs atroces dans la région épigastrique, etc., sont des phénomènes tellement rares, s'ils existent, qu'ils laissent à penser qu'ils ont été plutôt perpétués dans les livres qu'observés par ceux qui les ont écrits. Est-il, en effet, facile d'admettre que l'épiploon, malgré toute sa souplesse, puisse former une bride dure, résistante, qui maintienne, invariablement rapprochées, les deux régions où il prendrait insertion. En supposant même que ce soit possible, la position de l'estomac n'est pas si invariable que cet organe ne soit déplacé, sans que son déplacement entraîne inévitablement les troubles qu'on lui a attribués. Ne voit-on pas, en effet, chaque jour, des changements de direction des viscères abdominaux qui n'occasionnent pas la plus légère gêne dans la régularité de leurs fonctions ? Mais si l'on considère que plusieurs sujets, ayant offert pendant la vie les désordres dont il est question, ont été autopsiés et reconnus atteints d'affections organiques, on sera facilement convaincu du peu d'importance que l'on doit ajouter à ces objections.

Les expériences dont nous avons été témoin, faites sur des animaux, et les cas qu'il nous a été donné d'observer sur l'homme, ont eu pour résultat une guérison rapide sans le moindre dérangement du côté de l'appareil digestif. La suppuration de la plaie a toujours été le point qui a retardé le rétablissement complet ; cette suppuration paraissait venir des parties profondes, et très-probablement du canal inguinal. La source du pus, selon toutes les apparences, était dans la plaie faite à l'épiploon. Cette membrane, lorsqu'elle est cicatrisée, si elle n'a point contracté d'adhérences solides, reprend sa place dans l'abdomen lorsque l'opéré se lève, marche et rentre dans ses habitudes.

Si l'on met en parallèle les accidents qui peuvent résulter de la réduction de l'épiploon, surtout après un taxis prolongé, et les avantages si souvent retirés de la résection, on se rendra facilement compte de son indication presque constante et de sa supériorité sur les autres méthodes mises en usage. PAUFERT.

BIBLIOGRAPHIE [1].

Leçons d'hydrothérapie, professées à l'École pratique de médecine de Paris, par M. le docteur MACARIO, directeur de l'établissement hydrothérapique de Serin, à Lyon, etc.

---

[1] Fin. — Voir la livraison précédente, p. 464.

De l'hydrothérapie, comme moyen abortif des fièvres typhoïdes, mémoire auquel la Société de médecine du Gard (Nîmes) a accordé une mention honorable au concours de 1854, par M. R.-F.-L. Durer, D.-M., médecin aux bains d'Aix-la-Chapelle, etc.

Ce que M. Fleury faisait, autrefois du moins, M. Macario le fait aujourd'hui : il dirige un établissement hydrothérapique ; aussi bien l'auteur, dans ses leçons professées à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, montre-t-il, bien qu'il ne sorte pas d'une exposition didactique de la médication par l'eau froide, *kaltwasserkur*, comme disent les Allemands, qu'il a la pratique des choses dont il parle. Après avoir tracé un historique complet de la question, historique où il met largement à contribution les recherches patientes de Schedel, il examine minutieusement les divers procédés que l'art met en usage pour appliquer rationnellement la méthode. C'est là qu'il faut étudier ces procédés, qu'une analyse même étendue ne ferait connaître que fort imparfaitement. Ceci établi, dans trois ou quatre leçons successives, le médecin de Lyon arrive aux questions capitales qui se posent ici, aux questions relatives aux indications et contre-indications de la médication hydrothérapique, qui se fondent sur l'examen des effets déterminés par l'application de l'eau froide, et sur l'étude du régime qui se lie si étroitement à l'efficacité de l'hydrothérapie. Nous nous contenterons de quelques courtes remarques sur ces diverses leçons.

Le médecin de Lyon échappe, à l'égard de l'hydrothérapie, au reproche de panacéisme que nous nous sommes quelquefois permis d'adresser aux hydrologues ; mais, même avec ses sages restrictions, n'étend-il pas encore trop loin la portée de la médication hydrothérapique? Sans passer en revue les nombreuses affections qui, suivant lui, appellent cette médication, et où nous aurions à faire quelques réserves, dans les maladies mêmes où l'opportunité de cette médication est le moins contestable, les contre-indications, rien qu'au point de vue des forces radicales de l'organisme, ne naissent-elles pas plus tôt et plus souvent que ne l'indique l'auteur? « Quant à moi, dit-il quelque part, à propos de cette question importante, je partage entièrement l'opinion de M. Gilibert; car il me semble que, pour que la réaction fît complétement défaut, il faudrait que l'économie n'eût plus de forces en réserve, *vires in posse*, qu'il y eût, en un mot, épuisement complet des forces radicales. Or, cet épuisement ne peut évidemment avoir lieu qu'après la mort, lorsque l'organisme est sur le point de tomber en dissolution. » Cette conception absolue peut avoir du vrai dans quelques cas, où l'appréciation

du degré de la résistance vitale n'est possible qu'à un médecin sagace, et nous avons vu de ces cas ; mais nous ne craignons pas de dire que ce principe, ainsi posé d'une manière générale, peut entraîner à des conséquences funestes dans la pratique. Cette remarque critique, nous avons d'autant moins hésité à la faire ici, que M. Macario, en instituant la médication hydrothérapique, semble se renfermer exclusivement dans cette méthode, et ne jamais faire concourir au but qu'il poursuit par elle les autres ressources de la thérapeutique. Dans le régime, il est vrai, il exclut souvent l'eau pure comme boisson, il compose souvent celui-là d'une manière substantielle ; mais tout cela ne fait que de la résistance pour l'avenir, et, dans un bon nombre de cas, il y a des indications dans ce sens, directement ou indirectement, qu'il faut remplir plus vite. M. Fleury qui, lui, ne fait pas table rase, tant s'en faut, de la matière médicale dans l'institution de sa méthode hydrothérapique, est assurément dans une meilleure voie que le médecin de Lyon.

Si ce n'est pas sans quelques restrictions que nous avons loué l'opuscule de M. Macario, nous serons bien plus réservé encore à l'égard du mémoire de M. le docteur Diemer, dont il nous reste à dire quelques mots.

Il y a une observation à faire tout d'abord sur ce travail du médecin adjoint des bains d'Aix-la-Chapelle ; cette observation est relative à l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, que l'auteur affirme de la manière la plus expresse. C'est là, suivant nous, comme suivant la plupart des médecins français contemporains, nous le croyons, une erreur capitale et qui jette un doute inévitable sur les recherches consciencieuses, nous en sommes sûr, de M. le docteur Diemer. Mais ce doute augmente bien plus encore quand, en suivant l'auteur dans sa course toujours un peu embarrassée, on vient à analyser les faits sur lesquels il s'appuie pour justifier cette conclusion imprévue, que le typhus et la fièvre typhoïde peuvent également avorter sous l'influence d'une hydrothérapie appliquée à temps, et, d'ailleurs, guérissent dans la très-grande majorité des cas, quand on leur oppose, à quelque heure de leur évolution que ce soit, cette toute-puissante méthode. Là aussi il y a du vrai ; mais cette vérité est encore dans les limbes de l'observation future : il s'en faut de beaucoup que M. Diemer l'ait dégagée. Pour ce qui est du typhus proprement dit, par exemple, est-ce qu'il suffit que l'hydrothérapie mette fin à quelques légers accidents, comme ceux qu'éprouvent les individus qui vivent pendant un certain temps dans l'atmosphère de cette maladie, pour qu'on en conclue l'influence abortive de cette médication? Nous

ne le saurions penser. Ce que M. Diemer dit des émétiques dans ce cas s'applique rigoureusement, suivant nous, à l'hydrothérapie elle-même. Chemin faisant, le médecin allemand examine les diverses méthodes qu'on a tour à tour opposées au traitement de la fièvre typhoïde et du typhus, et les juge bien. La saignée, par exemple, dit-il, y est essentiellement mauvaise ; elle ôte à la fois, suivant sa propre expression, la masse et les forces. Cet examen fait, l'auteur revient à l'hydrothérapie, qui est la base essentielle de cette thérapeutique : en vue de décider les administrations hospitalières à favoriser l'institution de cette médication, il va jusqu'à leur promettre, en suivant cette voie, une réduction notable dans les frais d'enterrement. Tout germanisme à part, on n'est pas plus insinuant.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Cas de morve farcineuse chronique terminée par la guérison. — Les cas de morve chronique chez l'homme publiés jusqu'à ce jour prouvent suffisamment que cette maladie est excessivement grave, pour ne pas dire toujours mortelle. Certains cas, il est vrai, ont été cités à l'étranger comme des exemples de guérison ; mais ils sont tous considérés comme fort contestables par M. Rayer, dont l'opinion est d'un si grand poids et auquel la science doit presque tout ce qui a été fait sur la morve humaine. Le fait suivant, observé à l'hôpital Lariboisière, et lu à l'Académie de médecine par M. Hip. Bourdon, mérite donc d'être enregistré.

Dans cette observation il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, déménageur, demeurant rue Notre-Dame-de-Lorette, 9, n'ayant jamais eu d'affections scrofuleuses ni de syphilis.

Avant de tomber malade, il avait pansé, et cela sans aucun soin de propreté, un cheval morveux pendant vingt ou vingt-cinq jours. Le 15 février, il est pris tout à coup de frisson, suivi de chaleur, de céphalalgie, de malaise général ; la fièvre s'établit, elle est continue et s'accompagne de nausées, de toux, d'expectoration muqueuse, de signes stéthoscopiques, de bronchite, et, comme phénomène saillant, de douleurs excessivement vives dans les membres inférieurs et surtout dans les cuisses, souffrances intolérables qui le privent de sommeil. Elles occupent la continuité des membres, plutôt que les articulations, et paraissent avoir pour siége les masses musculaires, sans aucune tuméfaction, aucun changement de couleur ou de calorification de la peau. Après dix jours survinrent des sueurs extrêmement abondantes et continuelles. Cet état fébrile dura dix-sept jours et fut suivi d'une autre phase, qu'on pourrait appeler période de suppuration et d'ulcération.

D'abord un abcès se forma à la partie antérieure de chacune des cuisses presque en même temps ; ensuite, une vaste collection purulente se montra à chaque

fesse, un cinquième abcès près de la marge de l'anus, un sixième, enfin, sur le côté du thorax. Le pus, se formant toujours avec la plus grande rapidité en vingt ou vingt-quatre heures, était assez lié, jaune-verdâtre, souvent mélangé de sang. Ces collections furent ouvertes à l'aide du bistouri, aussitôt que la fluctuation devint évidente. L'écoulement des deux premiers abcès ne fut pas très-abondant, mais il se prolongea fort longtemps; ceux des fesses fournirent une quantité énorme de pus; du côté droit particulièrement, il s'écoula plus d'un litre de ce liquide le jour de l'incision.

Sous l'influence de ces graves accidents, le sieur B... s'affaiblit peu à peu, dépérit considérablement et finit par tomber dans un état voisin du marasme.

Il en était là, lorsqu'un nouveau genre de lésion se montra, laquelle, jointe aux symptômes précédents, acheva de nous éclairer sur la nature de la maladie, malgré le résultat négatif de l'inoculation tentée à l'école d'Alfort.

Le malade, ayant présenté de l'enchifrènement avec crachats sanguinolents provenant des fosses nasales, on examina celles-ci avec attention et on finit par découvrir du côté droit, sur la cloison, une petite ulcération superficielle, arrondie, à fond grisâtre; il n'y avait pas fétidité de l'haleine nasale. C'est alors qu'on ajouta l'iodure de soufre aux moyens toniques, tels que quinquina, vin de Bordeaux, alimentation analeptique, auxquels le malade était déjà soumis depuis vingt jours.

Sous l'influence de ce traitement et des conditions hygiéniques très-favorables et tout à fait exceptionnelles dont il sera parlé plus loin, on vit bientôt la fréquence du pouls diminuer, les sueurs cesser et l'état général s'améliorer d'une manière notable : l'ulcération, après s'être étendue peu à peu en largeur et en profondeur, de telle sorte que son fond était formé par le cartilage dénudé et desséché, prit un meilleur aspect, se couvrit de bourgeons charnus et marcha vers la cicatrisation. Celle ci cependant dut être excitée à la fin par quelques légères cautérisations, faites d'abord à l'aide de la teinture d'iode, ensuite avec le crayon de nitrate d'argent.

En même temps les forces augmentaient chaque jour, et le sieur B... revenait à la santé, si bien que le 15 juin, quatre mois après le début de son affection, il sortait de l'hôpital, parfaitement rétabli, portant sur la cloison des fosses nasales une cicatrice caractéristique, composée de fibres blanchâtres, comme nacrées, et résistantes.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis près de dix-huit mois, la guérison s'est parfaitement maintenue; j'ai suivi le sieur B..., je l'ai encore revu il y a quelques jours, et j'ai pu constater qu'il se portait très-bien, et ne se ressentait nullement des suites de sa grave et longue maladie; bien plus, il a pris de l'embonpoint, du teint, et une apparence de force qu'il n'avait pas antérieurement.

L'on sait que la plupart de nos auteurs classiques regardent la morve comme une maladie incurable. La guérison ayant couronné les efforts de M. Bourdon, ce médecin a dû discuter longuement et minutieusement l'étiologie et le diagnostic de l'affection dont son malade était atteint. Pour nous, bornés, comme nous le sommes, par l'espace, nous préférons enregistrer seulement les remarques qu'il a présentées à propos des agents thérapeutiques mis en œuvre, en faisant nos réserves, quant à la part faite à l'iodure de soufre.

« Voici maintenant, dit en terminant M. Bourdon, en quoi a consisté le traitement ; aux toniques et aux bains sulfureux usités en pareil cas, j'ai joint un médicament qui n'avait pas encore été employé, que je sache, contre la morve, je veux parler de l'*iodure de soufre*. Ce médicament a-t-il eu une action réellement efficace ? Nous le croyons ; car, pendant son administration, la maladie se modifia avantageusement et commença à rétrograder. Un incident noté dans l'observation vient encore prouver en faveur de l'iodure de soufre. Quelques troubles des fonctions digestives en ayant fait suspendre l'emploi, les symptômes parurent s'aggraver ; puis après, le traitement ayant pu être repris, l'amélioration se montra de nouveau pour ne plus s'arrêter dans sa marche progressive. J'ajouterai que, pendant tout son traitement, le malade a été soumis à des conditions hygiéniques remarquables. Il a habité une salle de l'hôpital Lariboisière dans laquelle la ventilation par insufflation est tellement active que chaque malade reçoit 124 mètres cubes d'air neuf par heure. Si l'on admet que le défaut d'aération, avec l'encombrement, soit une des causes les plus puissantes du développement de la morve chez les solipèdes, on pourra comprendre qu'une pareille ventilation, triple, quadruple même de celle qui existe dans la plupart des hôpitaux, ait pu être utile dans le traitement de la maladie.

« Nous nous croyons donc autorisé à conclure de ce fait :

« 1° Qu'il ne faut pas désespérer de la guérison dans tous les cas de morve chronique, même quand elle est farcineuse ;

« 2° Que les moyens qui semblent les plus favorables à la guérison sont les préparations d'iode, en particulier l'iodure de soufre et les bains sulfureux, unis aux toniques et à une ventilation très-active ;

« 3° Que les ouvertures des abcès pratiquées de bonne heure paraissent prévenir leur dégénérescence ulcéreuse et hâter leur guérison. »

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Acide carbonique (*Troubles généraux qui peuvent être la conséquence des injections d'*). Quoique les injections d'acide carbonique n'aient été reprises, en France surtout, que depuis très-peu de temps, leur emploi a été fait cependant sur une assez grande échelle pour que l'annonce d'accidents généraux produits par ces injections ait excité quelque surprise. Rien de pareil n'avait été vu par personne, lorsque, dans un travail récent, M. Ch. Bernard est venu signaler ces accidents aux médecins. Bien que légers et sans gravité par eux-mêmes, ces accidents méritaient d'être décrits, et M. Ch. Bernard a cru rendre un service en les faisant connaître.

Céphalalgie, étourdissement, fai-

blesse et obscurcissement de la vue, nausées, courbature générale, somnolence plus ou moins profonde et plus ou moins prolongée, en voilà plus qu'il n'en faut certainement pour faire comprendre que les injections d'acide carbonique ne sont pas chose aussi indifférente qu'on était porté à le supposer. Ces accidents se sont ordinairement manifestés, dit M. Ch. Bernard, quand ils ont eu lieu, après les premières injections d'acide carbonique; dès la troisième et la quatrième injection, la malade commençait à se plaindre de céphalalgie et surtout de somnolence. Ces phénomènes augmentèrent les jours suivants, surtout après les dernières injections de la journée, mais presque constamment ils se calmaient bientôt; il restait seulement un peu de mal de tête habituel. Une seule fois les accidents ont été assez persistants pour obliger à renoncer d'une façon absolue à l'emploi de ce moyen. Les troubles généraux ressemblaient tout à fait, chez cette malade, aux phénomènes morbides dus à une asphyxie incomplète par le charbon; outre la céphalalgie, les étourdissements, les envies de vomir, outre une incontinence d'urines qui a duré vingt-quatre heures, on la voyait plongée dans une somnolence presque continuelle, dont elle sortait, il est vrai, assez facilement.

Ce qu'il y a de remarquable, du reste, dans les faits racontés par M. Ch. Bernard, c'est que ces troubles généraux ne se sont montrés avec une intensité plus ou moins grande que chez des femmes atteintes d'engorgement du col, avec ou sans ulcération; la femme qui les a offerts au plus haut degré présentait un engorgement, sans la moindre érosion de la muqueuse. Dans le cancer ulcéré, au contraire, ces phénomènes généraux ont complétement manqué, ou ils ont été si légers et si fugaces qu'ils auraient pu échapper facilement. D'où il résulte que les recherches de M. Ch. Bernard n'auraient pas pour résultat d'ébranler la confiance des médecins dans les injections d'acide carbonique contre le cancer. Il y a plus, c'est que M. Ch. Bernard n'est pas éloigné de penser que ces injections pourraient produire dans ces cas une influence cicatrisante. Mais nous ne pouvons partager sa confiance dans l'emploi de ce moyen, en ce qui touche les engorgements simples. Par le fait, M. Ch. Bernard ne cite qu'un seul cas dans lequel ces injections aient paru hâter la résolution de l'engorgement. Dans les trois autres cas, le calme apporté par ces injections n'a été que momentané, acheté même au prix de ces accidents d'intoxication signalés plus haut, et nul doute que la maladie eût été plus favorablement et plus rapidement modifiée par des émissions sanguines locales, par l'application de sangsues sur le col de l'utérus en particulier. (*Arch. de méd.*, novembre.)

Anévrisme cirsoïde *du coude, guéri par le caustique au chlorure de zinc.* La ligature est le plus défectueux et le plus infidèle des moyens opposés aux anévrismes cirsoïdes. Voici un nouvel exemple de son insuffisance et en même temps un exemple de succès de la cautérisation par le chlorure de zinc.

Une femme de soixante-trois ans, d'une constitution affaiblie, portait vers le bord supérieur et un peu externe de l'olécrane du côté droit une tumeur ovalaire du volume d'une noix, d'un rouge bleuâtre, molle, rénitente, donnant dans toutes ses parties des battements isochrones à ceux du pouls, et ne disparaissant qu'imparfaitement par la pression, pour reprendre ses dimensions premières, dès qu'on cessait de la comprimer. En remontant le long du bord interne de l'humérus, à partir de cette tumeur, on sentait un vaisseau très-flexueux, assez dur, pulsatif, qui paraissait s'anostomoser avec l'artère humérale, à un pouce environ du pli du coude.

Le 30 décembre, M. Joly, chirurgien à l'hôpital Saint-Pierre, où était placée la malade, pratiqua la ligature de l'artère dilatée qui longeait le côté interne de l'humérus, le plus près possible de son anastomose avec le tronc principal. Comme après cette opération les battements persistaient dans la tumeur, il lia également une autre artère située plus profondément, dont le doigt, introduit dans la plaie, avait fait reconnaître la présence. Aussitôt les battements disparurent, mais pour se montrer de nouveau au même degré les jours suivants.

Cet insuccès engagea M. Joly à essayer de la cautérisation; il y procéda de la manière suivante, le 22 janvier : la peau qui recouvrait la tumeur ayant été préalablement dépouillée de son épiderme, au moyen d'un vésicatoire, M. Joly appliqua sur elle une couche d'environ 1 centimètre d'épaisseur du caustique ci-après indiqué.

Pr. Chlorure de zinc.... 4 gr.
— d'antimoine 8 gouttes.
Acide arsénieux........ 60 centigr.
Farine de seigle........ 8 gr.
Eau distillée, quantité suffisante pour faire une pâte molle.

Cette application fut suivie de douleurs vives, qui se prolongèrent pendant toute la journée et une partie de la nuit; elle produisit une escarre sèche, grise, dont les bords commencèrent à se détacher le 26, en laissant écouler un peu de pus.

Le 28 janvier, écoulement sanguin sur les bords de l'escarre; on applique de la charpie imbibée d'une solution de chlorure ferrique à 60 degrés, recouverte de poudres styptiques, de compresses graduées et d'un bandage compressif. Ces moyens ne suffisant pas, on a recours au tourniquet.

Le 30 janvier, élimination de l'escarre; seconde application de caustique.

2 février. Nouvelle hémorrhagie, qui cède aux mêmes moyens. Dans le but de hâter la chute de la tumeur, une ligature composée de plusieurs fils est jetée sor sa base; le lendemain, nouvelle ligature, plus serrée que la première. Le 6 février, la tumeur se trouve détachée; il n'y a aucune apparence d'hémorrhagie. La plaie présente une surface grisâtre au centre, des granulations vermeilles à la périphérie.

Le 24 février, la cicatrisation est presque complète. La malade quitte l'hôpital. (*Journ. de méd.* de Bruxelles, 1857.)

Dysentérie (*Nouveau mode de traitement de la*). La richesse des moyens dont dispose la thérapeutique contre la dysentérie n'exclut point la recherche de moyens nouveaux. Tant qu'on n'aura point trouvé un moyen qui réussisse dans tous les cas, ce qui est peu probable, vu leur extrême variété, il en sora ainsi, et nous ne nous plaindrons pas de voir s'accroître indéfiniment le catalogue des agents antidysentériques. *Uno deficiente non deficiet alter.*

Voici un nouveau moyen préconisé d'après ces vues, par M. le docteur Daudé, de Marvejols; — nouveau, ce n'est pas bien sûr, mais nous l'acceptons poor tel, jusqu'à réclamation suffisamment motivée.

Une épidémie grave de dysentérie régnait depuis quelque temps dans l'arrondissement de Marvejols; la maladie traînait d'habitude en longueur, et les divers traitements préconisés dans cette affection paraissaient insuffisants; M. Daudé songea alors à la glycérine.

Se trouvant en présence d'un cas grave de dysentérie déjà ancienne (la maladie datait de quinze jours), et qui présentait tous les symptômes d'ulcérations nombreuses dans le gros intestin, besoins très-fréquents d'aller à la garde-robe, selles sanguinolentes, liquides, écumeuses, parfois noirâtres et très-fétides, coliques violentes, refroidissement des extrémités, etc., notre confrère pensa à tirer parti des propriétés détersives et légèrement excitantes de la glycérine. Il ordonna deux lavements par jour avec 30 grammes de glycérine chacun dans 150 grammes de décoction de graine de lin. Deux jours suffirent pour amener un amendement marqué dans l'état de la malade : les douleurs diminuèrent, et les matières devinrent moins mauvaises.

On pouvait déjà conclure que la glycérine avait modifié d'une manière avantageuse l'état de la muqueuse intestinale. Mais à cet effet utile dudit agent vint s'en joindre un nouveau qui n'avait pas été soupçonné : vers le troisième jour de ce nouveau traitement, la constipation, qui n'avait pas cédé jusque-là, disparut tout à coup, et il se fit un écoulement très-abondant, mais presque sans douleurs, de matières jaunâtres diarrhéiques, qui soulagea beaucoup la malade et la rendit même à la santé.

Encouragé par le succès de cette première tentative, M. Daudé a employé le même remède en potions et en lavements chez plusieurs autres malades qoi débutaient, et il a eu la satisfaction de voir que le mal a été souvent enrayé par ce moyen employé seul.

Voici les formules qu'il a mises en usage :

Lavement.

Pr. Glycérine.................. 30 gr.
Décoction de graine de lin ou de son............ 150 gr.

Deux lavements par jour.

Potion.

Pr. Glycérine.................. 45 gr.
Eau de fleurs d'oranger.........
Eau..............
} Q.S. pour 150 gr.

Deux cuillerées toutes les deux heures.

Tous les malades traités de la sorte prenaient la potion avec plaisir, au-

cun d'eux ne s'est plaint de la moindre fatigue.

Sans vouloir atténuer la valeur des faits qui précèdent, il importe cependant de faire remarquer que cette médication a été employée vers la fin de l'épidémie, et alors peut-être que les autres moyens eussent fini par vaincre une maladie déjà moins réfractaire. Il sera donc nécessaire, avant de porter un jugement définitif, de comparer ce traitement avec les moyens usuels au début d'une épidémie, et alors sous tous les cas auraient la même gravité. (*Union méd.*, novembre 1857.)

Eclampsie. *Accès combattus avec succès par la respiration artificielle.* Jusqu'ici, on s'était généralement moins préoccupé, dans le traitement de l'éclampsie, de la nécessité de diminuer la durée des attaques, que d'en prévenir le retour; et les moyens mis en usage pour remplir cette dernière indication étaient plutôt dirigés contre l'affection elle-même, considérée dans sa généralité ou dans son ensemble, que contre les accidents dominants de l'attaque. Prenant en considération, d'une part, la gravité de ces accidents qui causent souvent la mort pendant l'attaque même, et, d'autre part, l'insuffisance des moyens thérapeutiques mis en œuvre jusqu'à présent, M. Mattei a eu l'idée, dans un cas grave d'éclampsie, où les moyens habituellement usités avaient échoué, de recourir à la respiration artificielle. L'heureux résultat de cette tentative nous a paru mériter d'être signalé; voici le fait :

Une jeune femme de vingt-un ans, quelques heures après être accouchée, est prise de légers frissons, de fièvre, de céphalalgie, soif et oppression durant deux jours. Le troisième jour, après quelques nausées, éclate une attaque d'éclampsie. Immédiatement après cette attaque, on pratique une saignée du bras; on applique des sinapismes aux jambes, de l'eau froide sur la tête; la malade est maintenue dans la position assise. Malgré cela, les attaques se répètent toutes les huit ou dix minutes; elles se ralentissent vers une heure; il reste d'abord un peu de lucidité entre les attaques; mais bientôt cette lucidité cesse entièrement. M. Mattei, appelé à donner des soins à cette malade, et qui avait jusque-là vainement mis en usage les moyens que nous venons d'énumérer, essaya alors de faire respirer du chloroforme à la malade, de lui en faire avaler quelques gouttes, de lui donner du sulfate de quinine; elle repoussait tout.

L'assoupissement augmente après chaque accès, il finit par devenir continu; après l'attaque de trois heures et demie de l'après-midi, qui a été excessivement forte, la malade est restée dans un état d'assoupissement complet; la respiration a paru lui manquer, et on eût pu croire qu'elle était à son dernier moment. De violentes frictions sur l'épigastre ramènent la respiration; on agit de la même manière à une nouvelle attaque, qui a lieu à quatre heures, et qui est la douzième depuis le matin.

A quatre heures, un demi-gramme de sulfate de quinine; à quatre heures trois quarts et à cinq heures, nouvelles attaques dont M. Mattei parvient à abréger la violence et la durée, en comprimant et abandonnant tour à tour l'épigastre et les parties latérales de la poitrine, pour imiter les mouvements respiratoires. De cinq à sept heures, repos de la malade, pas d'accès; à sept heures, nouvel accès pendant lequel il se produit une roideur impossible à vaincre des muscles du thorax et de l'abdomen. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que l'on parvient à vaincre cette résistance. Les manœuvres de respiration artificielle que l'on ne cesse d'exécuter ont pour effet de diminuer de beaucoup les crises.

A sept heures et demie et à huit heures, pas d'attaque proprement dite, mais agitation des bras, du tronc et des jambes; inquiétude générale: — pouls à 130. A neuf heures, dernière crise d'agitation, sans convulsion. Cette attaque est la dernière; la malade reste ensuite dans un état d'assoupissement stertoreux; ronflement violent qui dure presque toute la nuit, mais qui va cependant en diminuant. — Le lendemain, quatrième jour, la malade est toujours assoupie, calme, sans connaissance; selles involontaires. Cependant, vers midi, l'intelligence revient un peu (bouillon).

Les trois jours suivants se passent bien; la connaissance est parfaite; les seins se gonflent et la malade est prise d'une toux sèche, symptomatique de cette tuméfaction. Quelques cataplasmes et des frictions d'huile camphrée dissipent l'engorgement des mamelles; la toux disparaît en même temps.

Cette femme sort le dixième jour, tout à fait rétablie, et ne présentant plus aucune trace des terribles acci-

dents dont elle a été atteinte. (*France médicale*, septembre 1857.)

Fièvre intermittente pernicieuse *gastro-intestinale ; hématémèse et diarrhée — Sulfate de quinine uni à l'opium. — Guérison.* Les accidents gastro-intestinaux n'excluent point l'indication du sulfate de quinine, lorsqu'ils sont liés à une fièvre intermittente ; mais il est utile, dans ce cas-là, de lui associer l'opium qui le fait mieux tolérer par les organes digestifs. Témoin le fait suivant, où, bien qu'il y eût à la fois hématémèse et diarrhée, l'antipériodique uni à l'opium fut parfaitement toléré et combattit avec efficacité des accès graves de fièvre pernicieuse.

Le nommé D... J..., des environs de Bordeaux, âgé de cinquante ans, a eu à diverses époques des accès de fièvre dont le sulfate de quinine a triomphé. Le 10 août dernier, il est pris de nouveau d'une fièvre quotidienne avec les périodes de froid, chaleur et sueur. Les premiers accès sont simples, mais bientôt ils s'accompagnent de vomissements abondants et de diarrhée. — Le 18, lors de l'entré du malade à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, dans le service de M. E. Gintrac, on constate un accès fébrile très-intense, qui a débuté par un frisson violent et prolongé; puis il est survenu une vive chaleur et une sueur générale très-copieuse. Pendant cet accès, il y a des vomissements très-nombreux d'un liquide sanglant, brunâtre, grumelé et d'une odeur infecte; évacuations alvines nombreuses ; langue sèche et râpeuse, ventre tendu, développé, douloureux, sensible à la pression dans toute son étendue.

Le 19 au matin, cessation de tous ces symptômes (lution avec extrait mou de quinquina, 4 gr.; sulfate de quinine, 10 cent.; extrait thébaïque, 4 cent.; eau de riz ; sinapismes aux pieds). Tolérance parfaite de la potion ; point de fièvre dans la journée ; ventre indolent, point de diarrhée; céphalalgie légère ; pendant la nuit suivante, accès bien moins fort que le précédent; quelques vomissements non sanguinolents ; cinq selles liquides.

Le 20 au matin, la fièvre est tombée; reste seulement une céphalalgie légère. (Même potion.)

Le 21, nulle apparence d'accès la nuit précédente; apyrexie complète le matin, ni nausées, ni selles, ni vomissements. (Extrait mou de quinquina, 4 gr.; sulfate de quinine, 60 cent.; extrait thébaïque, 5 cent.)

Le 22, apyrexie. (Même prescription.)

Dès ce moment, le sulfate de quinine est donné à doses décroissantes, le pouls reste calme, le ventre est non douloureux, les selles sont normales, la convalescence s'établit parfaitement. Le malade quitte l'hôpital le 4 septembre. (*Journal de médecine de Bordeaux*, octobre 1857.)

Hydrocèles de la tunique vaginale. *Guérison prompte et radicale par la filiation lente.* On comprendrait peut-être difficilement pourquoi on se met en quête de nouveaux traitements de l'hydrocèle, quand on a entre les mains une méthode aussi simple et aussi efficace que l'injection iodée, si l'on ne savait que cette méthode, qui réussit, en effet, presque constamment et tous les jours sous nos yeux, en France, réussit moins souvent, à ce qu'il paraît, et détermine même quelquefois des accidents assez graves dans les pays chauds, et notamment dans les Antilles. C'est là ce qui explique et ce qui justifie les tentatives qui ont été faites à diverses reprises pour substituer à la méthode des injections une méthode non moins sûre, mais plus inoffensive, tentatives que vient de reprendre tout récemment notre ancien compatriote M. Carron du Villards, et qui rappellent celles de MM. Baudens, Dupierris, Guillon, Daval, etc., lesquelles se rattachent toutes plus ou moins directement à la méthode mère de Larrey.

La méthode de M. Carron du Villards est, d'après son dire, non-seulement applicable aux hydrocèles simples de la tunique vaginale, mais encore à celles qui sont bilobées ou enkystées, avec ou sans dégénérescence de la peau, ce qui se rencontre très-souvent dans les pays chauds de l'Afrique, de l'Asie, et sur les terres tropicales et équatoriales. Elle offre, en outre, ajoute notre confrère, les mêmes avantages que les hydrocèles simples ou multiples du cordon spermatique : elle permet en même temps d'opérer les hydrocèles doubles et surtout les hydrocèles congéniales chez les jeunes enfants, lors même que la cavité abdominale communique encore avec la vaginale.

Voici en quoi consiste le procédé.

Les instruments nécessaires pour son exécution sont : 1° un trocart long et mince composé d'une canule

d'argent et d'une tige d'acier terminée par une lame triangulaire; 2° une lancette étroite et forte; 3° un fil d'argent de coupelle, cannelé comme une sonde sans cul-de-sac; 4° un morceau de liége pour recevoir le trocart et sa canule dans le temps de la contre-ponction; enfin une éponge, un rasoir, du cérat, des compresses longues et une bouteille d'alcool camphré.

Procédé opératoire. Le scrotum et la partie correspondante de l'anneau inguinal ayant été rasés, on place le malade sur un lit élevé, les fesses placées sur un haut coussin. La situation du testicule reconnue, l'opérateur saisissant à pleine main la partie inférieure de la tumeur, tandis qu'un aide la refoule en même temps de haut en bas, la ponctionne dans son point le plus déclive avec la lancette enfoncée lentement. Aussitôt que le liquide jaillit, il fait glisser le trocart sur la lame de la lancette qui est retirée un peu, avec la précaution de rentrer la pointe acérée dans la canule, jusqu'à ce qu'elle ait pénétré dans le cul-de-sac supérieur de la tumeur. Arrivé à ce point, il appuie la canule contre les tissus, afin de faire une légère saillie extérieure qui puisse lui permettre de reconnaître, avec la pulpe du doigt indicateur, si le cordon ou quelque vaisseau pulsant n'est point au-devant d'elle.

Lorsque l'opérateur a acquis la certitude qu'elle est entièrement libre, il présente à la partie des tissus qu'elle soulève le morceau de liége contre lequel il enfonce à la fois trocart et canule avec un coup vif et sec, produit par l'application de la paume de la main sur le bouton du trocart; la contre ponction est instantanée et s'exécute comme celle que pratiquent les orfèvres pour percer les oreilles. Ce temps de l'opération accompli, la tige du trocart de la canule est retirée et remplacée par le fil cannelé en argent; aussitôt que le fil l'a traversé dans tout son diamètre, avec une pince ronde d'horloger, on fait un anneau à la partie supérieure de ce fil. La canule est alors retirée, et après sa sortie on fait un second anneau à la partie inférieure du fil.

Le malade est remis au lit, son scrotum enveloppé de compresses trempées dans l'eau froide aiguisée avec quantité suffisante d'alcool camphré. Pendant vingt-quatre heures il se fait un léger suintement de liquide; passé ce terme, les symptômes inflammatoires commencent, et dès ce moment la sécrétion du liquide se suspend pour ne plus reparaître.

Au troisième jour l'inflammation est suffisante pour cesser les compresses alcoolisées et les remplacer par de l'eau simple; le scrotum rougit, devient dur et douloureux. Mais il est rarement nécessaire de combattre cette inflammation. Plus souvent il est utile de l'activer en plaçant dans la cannelure du fil d'argent une petite quantité d'onguent de garou ou mieux de noix d'acajou. Au douzième jour, le fil métallique est enlevé, le malade est assujetti à porter un suspensoir jusqu'au vingt-cinquième ou trentième jour, époque à laquelle il est ordinairement guéri.

Le procédé que nous venons de décrire a probablement une valeur relative dont nous ne saurions mieux juger que par les bons résultats que M. Carron du Villards assure en avoir obtenus. Mais il aura certainement peu d'imitateurs chez nous, où il n'a pas sa raison d'être comme dans le pays où exerce notre confrère. (*Moniteur des hôpitaux*, octobre 1857.)

Odontalgie (*Pathologie et thérapeutique de l'*). Le docteur Togg rapporte la douleur dentaire à quatre formes, ou plutôt à quatre espèces d'affections différentes, dont chacune a ses indications, ses moyens de traitement particuliers.

Odontalgie par irritation directe. Elle résulte de ce que la pulpe dentaire est à nu et soumise à des irritations directes; une douleur vive et lancinante, la promptitude avec laquelle cette douleur naît ou se calme, suivant l'application ou l'éloignement de l'agent irritant, en forment les caractères. Le traitement peut se proposer : soit d'amortir la sensation (narcotiques, anesthésiques); — soit d'épuiser la sensibilité du nerf mis à nu au moyen d'une stimulation véhémente (créosote seule, ou unie à la morphine en consistance de pâte molle); — soit d'isoler le nerf par une couche protectrice (solution épaisse de gutta-percha ou de gomme copale dans le chloroforme). — Mais on ne peut obtenir ainsi un soulagement durable; les seuls moyens capables de procurer ce résultat sont l'extraction de la dent ou la destruction du nerf. Pour détruire le nerf, l'agent le plus efficace est l'acide arsénieux; on le mélange à quatre parties de morphine afin d'abattre la douleur, et cette pré-

paration s'applique directement sur le nerf en la plaçant sur une petite boulette de coton mouillée avec la créosote, et qu'on recouvre de cire.

Odontite ou inflammation de la pulpe dentaire. Douleur gravative, qui va croissant, et devient très-vive en s'accompagnant de pulsations, signe de la suppuration ; l'intensité de la douleur résulte de la distension des capillaires et de la pulpe enflammée, et de l'inextensibilité de la cavité ; elle augmente avec l'engorgement, et n'est pas soulagée par la suppuration, jusqu'à ce que le pus s'échappe par les canaux des racines ou que la pulpe soit désorganisée. Cette inflammation, comme les autres affections de ce genre, a des exacerbations le soir, ce qui peut tenir à la position dans le décubitus et à la chaleur de la tête enfoncée dans les oreillers ; l'excitation du système artériel général concourt aussi à augmenter la douleur. L'odontite peut être *aiguë* ou *chronique*. Aiguë, elle envahit toutes les parties de la pulpe et de sa membrane d'enveloppe, et se termine ordinairement par la suppuration ; elle est plus commune avant que la pulpe soit mise à nu qu'après. Chronique, elle résulte le plus souvent de ce que la pulpe est mise à découvert ; elle est beaucoup moins douloureuse, et quelquefois l'est à peine. Le traitement consistera à extraire la dent, à détruire le nerf ou à combattre l'inflammation au moyen des antiphlogistiques. Le choix du moyen à employer sera indiqué par le degré de la douleur, les progrès de la maladie, l'état des parties en rapport avec la dent, l'importance de cette dernière. Si la dent n'est pas très-creuse, si l'inflammation n'est pas causée par l'application directe des corps irritants sur la pulpe dénudée, le traitement antiphlogistique pourra réussir (sangsues sur les gencives, purgatifs salins, diète). Si la pulpe est à découvert et l'inflammation trop avancée, si l'on désire conserver la dent, c'est le cas de détruire le nerf. Enfin, dans certains cas, lorsque la suppuration est établie, ce qui est indiqué par l'allongement apparent de la dent, par son ébranlement, par l'intensité extrême de la douleur, on peut évacuer le pus en perforant l'organe malade.

Périodontite. C'est l'inflammation de la membrane qui revêt la racine de la dent, du périoste alvéolo-dentaire ; cette lésion a beaucoup de rapports avec la précédente et peut être produite par les mêmes causes. Douleur d'abord gravative, puis aiguë et pulsative ; dent sensible au toucher et allongée, gencives rouges et gonflées. Dans cette forme d'odontalgie, comme dans la précédente, on peut observer un état général, une véritable fièvre inflammatoire. Le traitement est le même dans les deux cas.

Fongus de la pulpe. Tumeur qui se développe dans la cavité de la pulpe, après la suppuration de celle-ci ; elle est d'un rouge foncé, molle, saigne facilement, est parfois peu sensible, d'autres fois l'est à l'excès. Elle peut rester dans les cavités des racines, ou bien remplir celle formée par la carie. Elle peut être détruite par le cautère actuel.

L'odontalgie peut aussi résulter de l'existence d'une exostose ; dans ce cas il faut recourir à l'extraction. (*Amer. jour. of dental*, et *Union méd. de la Gironde*, octobre.)

Rupture du tendon rotulien *au niveau de son insertion tibiale ; guérison sans claudication*. M. le docteur Piachaud, de Genève, a rapporté récemment un cas de rupture du tendon rotulien au niveau de son insertion tibiale, qui est doublement intéressant, par sa rareté d'abord, et, en second lieu, par le résultat qui a été constaté.

Un Anglais, M. G..., habitant momentanément Genève, se promenant dans un sentier rocailleux, vint à glisser. Afin de prévenir une chute en arrière, il fit un violent effort ; il ressentit à l'instant une douleur vive au genou gauche ; la marche devint impossible ; il ne put se tenir debout. On dut le transporter au village le plus voisin, et de là à Genève, où M. Piachaud fut appelé à lui donner des soins. Notre confrère constata une notable augmentation de volume de l'articulation du genou, avec vague fluctuation ; la rotule était soulevée et remontée de 2 centimètres ; du reste, elle parut intacte et assez mobile. Vers son extrémité inférieure, il y avait un point douloureux à la pression, sans aucune trace notable de contusion. Les mouvements étaient fort difficiles, mais non très-douloureux ; le membre était dans l'extension complète. On fit appliquer de suite quinze sangsues autour de l'articulation, et des cataplasmes de farine de lin.

Les jours suivants, le gonflement ne fit pas de progrès ; la fluctuation devint plus évidente ; la rotule, plus facile à explorer, parut bien entière ; mais, en la faisant mouvoir, on sentait

au-dessous une sorte de crépitation sourde, qui fut attribuée à des caillots sanguins situés dans la capsule. Au-dessous de la rotule, le gonflement était plus notable et plus dur, ayant la forme d'un demi-œuf; puis, plus bas, on sentait très-facilement la tubérosité antérieure du tibia, avec une sorte d'enfoncement mou à la place que devait occuper la saillie du tendon rotulien. Il était évident, dès lors, qu'on avait affaire à une rupture, ou plutôt à un arrachement de ce tendon au niveau de son insertion tibiale.

Aucune trace de phlegmasie ne se montra dans l'articulation; le traitement a consisté dans le repos absolu du membre, étendu et un peu relevé sur un coussin, avec des applications résolutives, sous forme de pommade au chlorhydrate d'ammoniaque, à l'acétate de plomb, à l'iodure de plomb, etc.

Vers le dixième jour, le gonflement du genou commença à diminuer pour disparaître entièrement; mais, au dessous de la rotule, il persista, sous la forme d'une tumeur arrondie, saillante, élastique et non douloureuse; en même temps, l'enfoncement signalé au-dessous de la tubérosité tibiale devint plus marqué; la rotule était toujours élevée de 2 centimètres.

Le malade ayant été obligé de faire un voyage un mois après, on enveloppa le genou dans un bandage dextriné. Arrivé à sa destination, il reçut les soins d'un second médecin, qui lui appliqua l'appareil à mouvement de M. Bonnet, pour les fractures de la rotule, et le fit marcher par petites fractions. Le résultat fut heureux; car, quelque temps après, le malade put marcher avec des béquilles, puis avec des cannes.

Le 20 août, c'est-à-dire quatre mois après, M G .. revint à Genève. A cette époque, il marchait sans difficulté, sans l'aide d'une canne, et boitait à peine; seulement, la jambe malade était plus faible que l'autre et se fatiguait plus vite. Il pouvait arriver à la demi-flexion sans douleur. Dans cette position, la rotule faisait une saillie notable, surtout par son extrémité inférieure; elle était toujours située 2 centimètres plus haut que l'autre. L'enfoncement sus-tibial était très-marqué; dans l'intervalle de la jointure, on ne sentait pas trace de tendon. Enfin, sous la rotule, et comme appendice à son extrémité inférieure, on retrouvait la tumeur arrondie, mais moins saillante, dure, élastique et indolente, qui a été décrite plus haut. (*Gaz. des hôpitaux*, octobre 1857.)

Seigle ergoté. *De son emploi dans le traitement de la phthisie pulmonaire.* L'action hémostatique incontestable du seigle ergoté a dû engager un grand nombre de praticiens à faire usage de ce médicament contre un des accidents redoutables de la tuberculisation pulmonaire: l'hémoptysie. L'expérience nous a montré que l'action thérapeutique du seigle ergoté avait prise seulement sur les accidents hémorrhagiques des organes sous-diaphragmatiques. Ce n'est pas sans étonnement que nous voyons signaler, dans un savant mémoire couronné par l'Académie de médecine de Turin, le seigle ergoté comme l'agent le plus actif dans le traitement de la phthisie L'action de ce médicament, d'après le docteur Parola, serait infaillible, sinon pour guérir la phthisie, au moins pour enrayer, partiellement ou complétement, les phénomènes d'inflammation, de destruction du parenchyme pulmonaire, qui accompagnent à peu près constamment l'évolution des dépôts tuberculeux. Nous ne pouvons mieux faire, pour compléter à ce sujet la pensée de l'auteur, que de reproduire textuellement quelques-unes de ses propositions:

« Malgré cette action profonde de l'ergot sur l'économie, nous ne croyons pas qu'il doive être considéré comme un spécifique qui détruirait, par sa puissance, la matière tuberculeuse; mais nous tenons pour arrêté et constaté un millier de fois que l'ergot, comme le dit Sacchero, par son action déprimante et élective sur la muqueuse bronchique, et nous ajouterons sur la circulation, sur la respiration et sur le sang, est capable de dompter et de vaincre cet état morbide qui maintient sous sa dépendance l'augmentation de sécrétion de mucus et même de pus. En effet, un de ses résultats les plus constants est de diminuer les crachats, de les rendre plus consistants, plus catarrheux, moins purulents, d'où il ressort que, dans les cas de cavernes, cette action se produirait encore sur les produits qui s'en exsudent, ou, si l'on aime mieux, sur le travail morbide, pyogénique, etc., le convertirait en un travail de réparation et de cicatrisation. Ajoutons à cela l'opinion du même médecin Sacchero : que le seigle ergoté peut aussi suspendre, jusqu'à un certain point, cet *orgasme local* qui favorise la fonte tuberculeuse. »

Le mode d'action spéciale du seigle ergoté bien compris, il devient facile au praticien de déterminer les conditions favorables à son emploi. Il nous reste à indiquer les préparations et les doses auxquelles M. Parola accorde la préférence. — La poudre s'administre à la dose de 2 grammes par jour, en ayant soin de suspendre le médicament pendant quarante-huit heures après chaque période de quatre ou cinq jours de son administration. Lorsqu'il existe une susceptibilité de l'estomac, on remplace la poudre par l'extrait résineux, à la dose de 30 à 40 centigrammes, sous forme pilulaire ou en solution dans une potion gommeuse. On peut associer à ce médicament la quinine, la digitale et même quelquefois l'opium, selon les indications secondaires variées qu'on doit laisser à l'appréciation du praticien instruit auquel on ne saurait, *à priori*, tracer pour tous les cas une règle de conduite invariable.

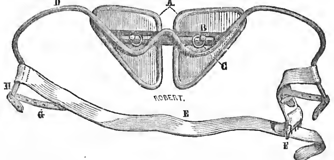
Dans trente et un cas de phthisie avancée, bien confirmée, traitées par l'ergot, pendant une période de deux années, M. Parola n'a eu que dix-sept morts. Un dixième des malades a guéri à peu près, un tiers a obtenu une consolante amélioration. En présence de ces faits, M. Parola répète, avec Sacchero : « C'est un bien pour l'humanité que, grâce à Dieu, on ait contre la phthisie un agent aussi merveilleux que l'ergot de seigle. » Malgré le ton d'enthousiasme qui règne dans cette assertion, nous aurions cru manquer à notre rôle en ne signalant pas à nos lecteurs les nouveaux essais de ces médecins. (*Un. méd. de la Gironde*, nov.)

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

Nouvel appareil de contention des hernies.

M. le docteur Dupré a lu, dans la dernière séance de l'Académie, un mémoire sur un nouveau système de contention des hernies dont il est l'auteur. Après avoir fait l'examen critique des deux principes sur lesquels a reposé jusqu'ici la construction des variétés nombreuses de bandages herniaires, ce chirurgien indique, dans les termes suivants, le mécanisme de son nouveau moyen de contention : « Ayez, dit-il, un bâton placé transversalement et appliqué en avant du bassin, sur une ou deux pelotes herniaires, tirez sur les deux bouts de ce bâton en arrière et de chaque côté des hanches ; n'est-il pas évident que vous avez là un nouveau système de bandage ayant sa modalité spéciale et dont l'action ne peut être comparée ni à la striction circulaire des ceintures, ni à la pression des ressorts dans le sens antéro-postérieur. »



La figure ci-dessus représente le modèle construit par M. Robert, fabricant d'instruments de chirurgie. — Une tige en fer transversale, contournée à peu près en forme d'M majuscule, afin de l'adapter à la disposition de l'échancrure pelvienne, presse sur une ou deux pelotes A, ajustées sur elle au moyen d'une barre fenêtrée B. Ces pelotes sont assujetties à la barre fenêtrée à l'aide d'une vis C, ce qui permet de les rapprocher, écarter, incliner, remplacer à volonté. Une demi-ceinture postérieure E, unie aux branches verticales de l'M et bouclant à la façon d'une boucle de pantalon F, assujettit le bandage dans la région lombaire.

Avec ce système, dit M. Dupré, plus de pression douloureuse sur la région lombo-sacrée, comme en déterminent les ressorts, ni sur les hanches, comme le font les ceintures. Concentration de la pression antérieure uniquement sur les pelotes. De petites lanières obliques G, partant des branches verticales H, pour se fixer aux deux côtés de la demi-ceinture postérieure, tiennent lieu de sous-cuisse, sans en avoir les inconvénients. Point de cassure de fer à craindre, élasticité modérée opposée à l'élasticité sans frein des ressorts, commodité de l'ajustement : tels sont, avec ceux énumérés plus haut, les avantages d'un système qui, d'après l'auteur, méritera la préférence de tous les praticiens, aussitôt qu'il sera connu.

Lorsque nous avons annoncé la rentrée des Facultés, l'espace nous faisant défaut, nous n'avons pu enregistrer les distributions des prix ; nous nous empressons de combler cette lacune.

Faculté de Paris. — *Ecole pratique*. Grand prix (médaille d'or) : A. Dezanneau ; 1er prix (médaille d'argent) : J. Luys ; 2e prix : P. Blachez ; mentions honorables : J. Crêquy et E. Dupont. — *Prix Corvisart*, médaille d'or : J.-B. Laborde ; mentions honorables : Dupont et Millon. — *Prix Montyon*, médaille d'or : V. Dumontpallier ; mention honorable : S. Tarnier.

Faculté de Montpellier. — 1re année. Prix : M. Gignoux ; mentions honorables : MM. Pasqualini, Figuier. — 2e année. Prix : M. Girard ; mention honorable : M. Tristani. — 3e année. Prix : M. Magnan ; mention honorable : M. Batigne. — 4e année. Prix : M. Romain ; mention honorable : M. Sapin.

Faculté de Strasbourg. — 1re année (*sciences accessoires*), G. Schneider. — 3e année (*médecine*), C. Schaumont, élève de l'école du service de santé militaire. — Sur le rapport d'une commission désignée pour apprécier le mérite des thèses soutenues devant la Faculté, une mention honorable a été accordée à M. A. Paris, médecin sous-aide, auteur d'une thèse ayant pour titre : *De l'orchite*.

La Faculté a cru devoir mentionner honorablement MM. Bley, Broc, Guillemin, Lietard et Yzouard qui ont obtenu le premier rang dans les concours ouverts pour des emplois d'internes à l'hôpital et d'aide de chimie et de botanique.

Ecole de Bordeaux. — *Anatomie*. Prix : M. Demptos ; accessit : M. Cornet. *Pathologie et Chimie*. 1er prix : M. Chatard ; 2e prix : M. Cornet ; accessit : M. Kloz.

Ecole de Lille. — Prix d'honneur : M. Bernard, élève en pharmacie. — 4e année. *Section de médecine*. 1re division (3e et 4e années) ; prix : M. Barbey. — 2e division ; 1er prix : M. H. Cazin ; 2e prix : M. Bart. — 3e division (1re année) ; prix : M. Dujardin ; mention honorable : M. Lejeune. — A la suite d'un concours, M. H. Cazin a été nommé prosecteur, et MM. Delacour et Bernot 1er et 2e aides-prosecteurs.

La Société de médecine de Strasbourg a renouvelé son bureau pour l'année 1857-1858. Sont nommés : Président, M. Stœber ; vice-président, M. Michel ; secrétaires, MM. Hergott et Aubenas ; trésorier-archiviste, M. Oberlin.

A la suite d'un brillant concours, M. Marc Sée vient d'être nommé prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Un concours pour deux places de médecins agrégés pour les hôpitaux de Marseille sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de cette ville le lundi 22 février 1858.

La mort vient de frapper un des plus honorables membres du corps médical de Bordeaux, M. le docteur Burguet, médecin honoraire de l'hôpital Saint-André et secrétaire général de la Société de médecine ; il a succombé à une attaque d'apoplexie foudroyante.

L'Association générale des médecins des hôpitaux d'Angleterre consacrés aux aliénés, dans sa séance annuelle, à Londres, a conféré, pour la première fois, le titre de membre honoraire étranger à un de nos confrères, M. Brière, de Boismont.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Une leçon clinique sur l'érysipèle et son traitement.

Par le professeur FORGET (de Strasbourg).

C'est chose bien vulgaire que l'érysipèle, c'est chose bien banale que son traitement. Et pourtant, à l'endroit de ces choses si communes, bien des erreurs, bien des illusions existent encore.

Et d'abord, en ce qui concerne l'étiologie, la plupart des praticiens considèrent l'érysipèle comme résultant presque toujours d'un état diathésique (le mot est à la mode), c'est-à dire d'un état général des humeurs, et, grâce à la restauration des idées antiques, c'est l'état saburral ou bilieux qui préside à la genèse de l'érysipèle, comme aux beaux temps de Galien, de Sydenham et de Stoll. A cette doctrine, il n'y a que deux petites objections à faire : c'est que d'abord l'érysipèle se produit inopinément chez une foule de gens qui jusqu'alors n'ont offert aucun indice de gastricité ; ensuite, c'est que l'érysipèle, réputé gastrique ou de cause interne, se résout le plus souvent, pour les observateurs attentifs, en une phlegmasie simple, de cause purement locale ou traumatique. Ainsi, c'est une *excoriation* des narines que le malade a la mauvaise habitude de tourmenter avec ses doigts, c'est un *bouton*, une *croûte*, une *égratignure*, une irritation quelconque d'où l'on voit l'érysipèle prendre son point de départ. Puis, lorsque la cause locale fait défaut ou échappe à l'attention, l'érysipèle *spontané* ressemble tellement à l'érysipèle de *cause externe*, qu'il est impossible de les distinguer l'un de l'autre, et que l'un passe pour l'autre, jusqu'au moment où la cause locale peut être précisée. L'érysipèle *ambulant* ne fait pas même exception à cette règle, et l'on voit celui de cause traumatique pérégriner tout aussi bien que son antagoniste.

Certes, une cause intime, une diathèse est nécessaire pour qu'un érysipèle se produise plutôt qu'une autre affection, et l'érysipèle *épidémique* en est la preuve ; mais cette cause occulte est encore un *x*, une hypothèse d'où la thérapeutique ne peut rien induire de positif et de rationnel ; d'autant mieux que l'érysipèle épidémique est passible des mêmes règles et des mêmes anomalies symptomatiques et thérapeutiques que l'érysipèle sporadique.

Quant aux érysipèles *phlegmoneux*, *œdémateux*, *gangréneux*, *putride*, *malin* (typhoïde), etc., ce sont des variétés dont la plupart s'expliquent assez bien au moyen de la doctrine des éléments, c'est-

à-dire par une association de conditions étiologiques et d'états organiques divers, d'une appréciation assez facile.

Au demeurant, c'est de l'érysipèle ordinaire qu'il s'agit ici, et nous prenons pour type l'érysipèle de la face, le plus commun et le plus grave.

Eh bien! direz-vous, si la gastricité n'est pour rien dans l'érysipèle de la face, d'où vient cet état saburral de la langue? Que signifient cette soif, cette anorexie, ces vomissements même? et surtout comment se fait-il que les vomitifs font souvent disparaître cet érysipèle comme par enchantement? — Tels sont, en effet, les arguments victorieux, en apparence, sur lesquels vit l'érysipèle gastrique depuis deux mille ans, et peut-être sera-t-on surpris d'apprendre que ces arguments si spécieux sont, tout simplement, des préjugés d'école. En effet :

1° La langue est saburrale dans presque toutes les affections fébriles, même les plus exemptes de complication gastrique.

2° La langue est saburrale tout aussi bien dans l'érysipèle traumatique, de cause locale, que dans l'érysipèle de cause interne ou générale.

3° L'érysipèle de cause évidemment locale n'est pas moins heureusement modifié par les vomitifs que celui de cause interne.

4° L'érysipèle de cause interne est tout aussi souvent rebelle aux vomitifs que celui de cause externe.

5° Enfin, et j'insiste sur ce point, l'érysipèle de cause externe et celui de cause interne guérissent tout aussi bien et tout aussi promptement l'un que l'autre, sans l'emploi des vomitifs.

A ces propositions mal sonnantes, j'entends se révolter les *consciences médicales;* elles demandent des preuves... Les preuves existent, comme on le verra, dans nos publications; et dans ce moment même, vous en avez plusieurs sous les yeux à la clinique. Les preuves se trouveront surtout dans la pratique de ceux de nos confrères qui voudront bien expérimenter sans esprit d'hostilité, sans idées préconçues. Ici, nous dogmatisons. Ceux qui ont foi dans notre expérience et dans nos lumières nous croiront sur parole; et pour les autres, des milliers de faits ne les convertiraient pas, car les faits leur seraient suspects aussi bien que notre personne : tant vaut l'homme, tant vaut l'observation [1].

---

[1] On lit dans nos Recherches cliniques sur les exanthèmes fébriles (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XX, p. 15 (1841) : « Il est à remarquer que deux érysipèles traités l'un par la saignée, l'autre par un purgatif, ont eu la même durée (six jours), et que deux autres traités l'un par l'expectation, l'autre par les sai-

Voici vidée, dans notre sens au moins, la grande question du traitement de l'érysipèle par les évacuants intestinaux. Ce traitement est bon, je ne le nie pas, mais il n'est pas spécifique, indispensable; ensuite il ne prouve pas la gastricité ; ajouterai-je qu'il n'est pas exempt de dangers? Je vois d'ici sourire bon nombre de confrères pour lesquels l'estomac est un réservoir de bronze.

Je vois aussi sourire ceux qui nous enrôlent, de leur propre autorité, sous la bannière usée de l'irritation. Ils s'attendent à une chaleureuse apologie de la saignée dans le traitement de l'érysipèle. Eh bien, ils seront complétement déçus dans leurs prévisions, car nous ne faisons guère plus de cas de la saignée que des vomitifs. — Comment? dira-t-on : l'érysipèle est pour vous une inflammation, une inflammation pure, une inflammation fébrile, et vous ne voulez pas des saignées? Parlez-nous donc maintenant de votre rationalisme! Hélas! oui, messieurs, je ne saigne pas dans l'érysipèle ordinaire, et pourtant je professe le rationalisme. C'est que rien n'est plus rationnel, à mon avis, que de laisser marcher les affections qui se résolvent promptement et innocemment, *cito et tuto,* sans les secours de l'art. Rien de plus hippocratique que le *nihil move* (*nisi morendum*), c'est-à-dire que de laisser faire la nature lorsque l'observation démontre que la nature se suffit à elle-même.

Néanmoins, la saignée trouve naturellement, rationnellement ses applications, alors que la phlegmasie est très-intense et tenace, la réaction vive, ou que des complications inflammatoires se produisent sur des organes importants.

Avant l'ère broussaisienne, il était de précepte de *respecter* l'érysipèle, c'est-à-dire de lui laisser suivre son cours, en tant que travail dépuratoire, ou du moins on n'admettait guère qu'un traitement actif, celui par les évacuants intestinaux, qui avait pour but d'aider la nature en éliminant les *matières peccantes*. Si l'on faisait autre chose, c'était toujours dans la même intention : ainsi l'on employait concurremment les diaphorétiques dans le but de *pousser à la peau*. L'idée ne venait point que les évacuants intestinaux pussent déterminer une rétrocession de la phlegmasie ou créer une

gnées répétées et les mercuriaux, ont eu à peu près aussi la même durée (huit et sept jours). »

On lit encore dans un de nos comptes rendus de clinique médicale (Gaz. méd. de Strasbourg, 1845) : « Six érysipèles de la face, chez trois hommes et trois femmes, nous ont fourni l'occasion de démontrer que l'érysipèle simple et modéré guérit aussi bien par l'expectation que par les saignées, les vomitifs, les fonctions mercurielles, etc. »

complication intestinale, on ne pensait pas que les stimulants sudorifiques pussent exaspérer l'exanthème. Par contre, on professait une sainte frayeur à l'égard des saignées qui, disait-on, favorisent la métastase du dehors en dedans et qui enlèvent le *bon sang* aussi bien que le mauvais.

On s'abstenait religieusement, surtout, de toute application locale, dans la crainte de déterminer une répercussion. L'école physiologique a dissipé ces vaines terreurs, en démontrant, sinon l'efficacité, au moins l'innocuité des antiphlogistiques directs ou indirects et des topiques non irritants. Depuis lors les esprits se sont enhardis, si bien qu'aujourd'hui la thérapeutique de l'érysipèle se compose principalement de remèdes locaux, en très-grand nombre et souvent très-irritants.

Chose singulière ! on caresse des idées antiques à l'endroit des affections *générales*, humorales ou autres, et l'on donne à corps perdu dans les *topiques*. On rencontre à chaque pas des praticiens qui soutiennent *mordicùs* que l'intoxication sanguine est la cause primitive et formelle de la fièvre typhoïde et qui la combattent par les modificateurs directs de l'intestin ; que le rhumatisme est une hyperfibrinie du sang, et qui s'attaquent localement aux articulations ; que la variole est une dépuration du sang, et qui s'évertuent à faire avorter l'éruption cutanée, etc.; eh bien ! la même inconséquence éclate au sujet de l'érysipèle, et nous avons vu, depuis quelques années, surgir une foule de traitements locaux tous héroïques, infaillibles ou du moins préférables à tous leurs prédécesseurs. Tels sont les onctions mercurielles, le nitrate d'argent, l'alun, le collodion et tous ses amalgames, la glycérine et tous les glycérolés. Le dernier venu est le glycérolé d'alun et de précipité blanc... Le fait est que tous ces topiques sont *suivis* de guérison plus ou moins prompte ; le fait est que leur multiplicité fait foi au moins de leur innocuité, et prouve, en définitive, l'inanité des appréhensions de nos devanciers à l'endroit de la répercussion et de la métastase.

Le mot de tous ces problèmes, c'est que l'érysipèle, en général, est une affection benoîte et qui guérit sinon *par*, du moins *malgré* ces remèdes si nombreux et si divers, ce qui fait véhémentement soupçonner qu'il guérit *indépendamment* de toutes ces superfluités, disons-le, de tous ces leurres thérapeutiques : telle est notre conviction.

On comprend qu'à l'égard d'une maladie d'aussi bonne composition et de quelques autres non moins accommodantes, les prôneurs de remèdes nouveaux ont beau jeu, le résultat leur donnant presque

toujours une apparence de raison. Les naïfs praticiens s'y laissent prendre d'autant plus facilement que cette fécondité flatte leurs penchants pour les ressources nouvelles et le goût du public pour la multiplicité des drogues; mais cela ne satisfait pas la science, qui a pour but l'appréciation relative des procédés de la nature comparés à ceux de l'art et de la valeur comparative de ces derniers entre eux. Ce que la science exige c'est la constatation de la vérité quand même, c'est-à-dire indépendante des infimes intérêts professionnels.

Néanmoins, nous dirons de ces topiques divers ce que nous avons dit précédemment des vomitifs et de la saignée, à savoir qu'ils peuvent trouver leurs indications légitimes dans certaines circonstances où la maladie se montre rebelle ou bien revêt certains caractères en rapport avec le mode d'action naturelle de ces divers modificateurs, dont le tort est d'afficher des prétentions empiriques à la suprématie, à l'universalité, en un mot à la spécificité, au lieu de s'en tenir au rôle que leur assigne le rationalisme sanctionné par la saine observation.

A part donc les cas exceptionnels, l'érysipèle ordinaire livré à lui-même, c'est-à-dire soumis à la simple expectation, parcourt paisiblement ses périodes et se résout spontanément, après une durée variable, assez courte en général, de trois à six jours, par exemple. Cela est vrai même de l'érysipèle ambulant, dont la durée indéfinie, en apparence, se constitue d'une véritable succession d'érysipèles partiels ; c'est-à-dire que chaque point de la peau occupé par l'inflammation guérit dans le laps de temps susénoncé; mais à mesure qu'il se résout ici, l'exanthème se propage par là ; de sorte que chaque zone parcourt isolément, mais successivement, les mêmes périodes. Voilà ce que nous avons observé et fait constater cent fois à notre auditoire. C'est ce que vous voyez s'accomplir chez trois sujets actuellement dans nos salles : chez le premier, l'érysipèle avait son point de départ dans une excoriation des narines; chez les deux autres, la cause déterminante était inconnue. Chez tous il y avait fièvre et saburres de la langue; chez tous l'érysipèle s'est propagé aux oreilles et au cuir chevelu ; chez tous la résolution de la partie faciale s'est opérée en trois ou quatre jours ; mais l'envahissement des téguments crâniens a prolongé la maladie de cinq ou six jours. Chez tous enfin le même traitement a été mis en usage. Ce traitement, dont nous ne dévions pas une fois sur dix, est celui-ci : repos au lit, la tête élevée; couvrir modérément, de manière à préserver du froid sans exciter la chaleur. Boisson délayante quelconque (eau sucrée, de chiendent, de gomme, de groseille, de citron, etc.), diète pendant

la période fébrile, puis alimentation graduée; et pour tout remède spécial, onctions d'axonge souvent répétées sur les surfaces enflammées. Hâtons-nous de dire que, dans notre intention, ce dernier moyen est purement palliatif, nullement spécifique et destiné tout simplement à diminuer la tension et l'ardeur des parties enflammées, ni plus ni moins. Mais, dites-vous, l'axonge est un remède curatif, si bien curatif que M. Cruveilhier, par exemple, prétend que l'axonge égale en efficacité l'onguent mercuriel lui-même. — Oui, mais M. Cruveilhier fait remarquer que, dans l'espèce, l'onguent mercuriel agit principalement, sinon uniquement, par l'axonge qu'il renferme. Aussi sommes-nous complétement de l'avis de M. Cruveilhier. Nous croyons donc que l'onguent mercuriel et l'axonge agissent ici comme corps gras, c'est-à-dire comme relâchant, lénitif, et, en outre, préservant les surfaces de l'impression immédiate des agents extérieurs. J'en ai fait l'épreuve en employant comparativement ces deux topiques, puis en supprimant les onctions; et, dans ce dernier cas, la maladie ne s'en est pas moins résolue promptement, seulement le malade a souffert un peu plus et un peu plus longtemps, voilà tout. Il convient de laisser le visage à découvert, lorsque la température extérieure est modérée. Vous avez vu chez une de nos malades la rougeur rester stationnaire tant qu'elle s'enveloppait chaudement la tête et diminuer promptement lorsque nous l'avons obligée à se découvrir.

Finalement, s'il est une chose avérée pour moi, c'est que tous ces topiques si vantés : mercuriaux, collodion et collodionnés, glycérine et glycérolés, etc., sont au moins inutiles et que, dans tous les cas, aucun d'eux n'est préférable à la simple axonge.

Sans entrer dans les détails relatifs aux formes et aux traitements exceptionnels, je me bornerai à rappeler le fait suivant extrait de mon compte rendu de clinique de 1842 (Gaz. méd. de Strasbourg) :

Un homme de soixante-neuf ans reçoit sur la tête une tuile qui lui fait une légère plaie, laquelle est cicatrisée au bout de huit jours. Trois jours après, il se manifeste au front un érysipèle, qui s'étend bientôt à toute la face. Il nous est apporté cinq jours après l'invasion de l'érysipèle. Prostration générale, langue brune et sèche, pouls à 88, assez dur et développé; agitation, subdélire la nuit. — Saignée de 300 grammes, onctions d'axonge sur la face, boissons émollientes. Résolution de l'érysipèle le troisième jour du traitement, huitième de l'invasion.

Mais bientôt surviennent deux parotides; la bouche est de nouveau fuligineuse; adynamie, diarrhée, urines involontaires. Douze

sangsues aux parotides, émollients. La tumeur du côté droit passe à la suppuration et s'ouvre dans le conduit auditif externe, le septième jour de son apparition. On continue les émollients : lavements opiacés contre la diarrhée. Convalescence le quinzième jour de l'entrée à l'hôpital.

Certes, le musc, le camphre et le quinquina n'auraient pas mieux fait dans cette double affection adynamique, laquelle parle assez haut en faveur de notre doctrine sur la nature purement symptomatique de *l'état typhoïde*. Vous voyez, en effet, cet état se manifester à deux reprises distinctes, à l'occasion de l'érysipèle et à l'invasion des parotides. Dans les deux cas, ce sont les antiphlogistiques qui triomphent, et de l'érysipèle, et des parotides, et de l'état typhoïde.

Indépendamment des animosités que pareilles idées ne manqueront pas de me susciter, je sais que j'aurai aussi le ridicule des opinions isolées. De graves penseurs ont vu dans cette défiance, appliquée aux innovations qui pullulent de nos jours, un blâme décourageant adressé à ce qu'on appelle les *hommes d'initiative*. Ce serait, lâchons le grand mot, une négation du *progrès*... — Rassurez-vous : trop de mobiles de divers genres poussent l'esprit médical dans la voie des excentricités, les praticiens sont trop intéressés à voir se multiplier ce qu'ils appellent nos *ressources*, nos *richesses* thérapeutiques, pour que le *mouvement* médical, comme on dit encore, se trouve enrayé par quelques boutades échappées aux esprits *stationnaires*, c'est le titre dont on nous honore. Je persiste donc à penser que, s'il est bon de laisser libre cours à cette exubérance malsaine, il n'est pas moins utile d'en signaler les excès et les écarts souvent dangereux. Car, à notre avis, les hommes de progrès sont aussi bien ceux qui conservent les bonnes traditions, les défendent contre les usurpations de l'industrialisme et s'opposent au recul de la science, que ceux qui, sous prétexte de pousser l'art en avant, le précipitent dans l'ornière d'un empirisme aussi contraire à la dignité médicale qu'aux véritables intérêts de l'humanité.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Etudes sur les tumeurs adénoïdes du sein. — Ces tumeurs sont-elles constituées par un tissu de nouvelle formation, ou par un lobule hypertrophié de la glande mammaire? — Observation propre à éclairer cette question.

Les anciens confondaient sous les noms de *squirrhe* et de *cancer* toutes les tumeurs solides du sein non susceptibles de résolution.

Dupuytren, qui n'établissait pas encore entre ces tumeurs de distinction précise, avait cependant remarqué, — et je lui ai souvent entendu faire cette observation, — que les cancers enkystés du sein étaient peu sujets à récidive. Evidemment, parmi les tumeurs qu'il prenait pour des cancers enkystés, il y avait beaucoup d'adénoïdes.

A. Cooper, plus avancé sous ce rapport qu'on ne l'était de son temps en France, décrivit très-bien, sous le nom de *tumeur mammaire chronique*, la maladie dont nous nous occupons aujourd'hui. C'est cette même affection qui fut décrite en 1844 sous le nom de *tumeur fibreuse du sein* par M. le professeur Cruveilhier [1], qui, sans doute, n'avait pas lu avec beaucoup d'attention le chapitre d'A. Cooper relatif à la tumeur mammaire chronique; car il disait que les corps fibreux dont il entretenait l'Académie n'avaient pas été mentionnés par le chirurgien anglais dans son traité des maladies du sein. Or, que l'on compare la description de la tumeur mammaire chronique d'A. Cooper à celle des corps fibreux de la mamelle de M. Cruveilhier, et on restera convaincu que les deux auteurs ont décrit la même maladie sous des noms différents.

Tous les deux ont signalé la disposition lobulée, la situation ordinairement superficielle, l'extrême mobilité, le caractère toujours bénin de la tumeur; les études anatomo-pathologiques de M. Cruveilhier viennent même à l'appui de l'opinion d'A. Cooper sur la nature de cette affection; car, au lieu de l'organisation en couches concentriques propre au tissu fibreux accidentel, M. Cruveilhier a trouvé ces prétendus corps fibreux formés de granulations globuleuses, groupées entre elles, juxtaposées. Il est vrai qu'il a cru voir là des granulations fibreuses; mais cette disposition granuleuse se rencontre-t-elle ordinairement dans les corps fibreux?

Le savant professeur de Paris avança que les corps fibreux constituaient une des lésions les plus fréquentes de la mamelle, qu'ils étaient incapables de dégénération cancéreuse; que leur extirpation ne pouvait être motivée que par l'incommodité résultant de leur poids et de leur volume.

Ces doctrines, si différentes de celles qui avaient cours à cette époque, donnèrent lieu à une mémorable discussion, à laquelle prirent part presque tous les chirurgiens de l'Académie. Cette discussion animée, dans laquelle on entendit Amussat, Blandin, Lisfranc, Gerdy, Roux, M. Velpeau, prouva qu'il y avait beaucoup d'exagé-

(1) Mémoire lu à l'Académie royale de médecine le 9 janvier 1844.

ration dans les propositions de M. Cruveilhier ; que s'il pouvait se développer des tumeurs fibreuses au sein, au moins elles y étaient très-rares. Il fut également admis alors qu'on ne possédait pas les éléments d'un diagnostic assez sûr entre les affections cancéreuses et les tumeurs bénignes du sein, pour que, sur les signes indiqués par M. Cruveilhier, le chirurgien pût déposer l'instrument en présence d'une tumeur prétendue bénigne.

Mais si le travail du professeur d'anatomie pathologique et la discussion à laquelle ce mémoire a donné lieu n'ont pas amené immédiatement de grands changements dans la pratique, ils ont éveillé l'attention des chirurgiens sur ces tumeurs, et ont été le point de départ du progrès incontestable qui s'est réalisé dans les dix années qui ont suivi, et dont on se fera une juste idée par la lecture attentive du beau livre de M. le professeur Velpeau sur les maladies du sein (1854).

L'illustre professeur de la Charité a observé un grand nombre de fois la maladie dont nous nous occupons en ce moment, et l'a décrite avec la plus grande exactitude ; c'est lui qui lui a donné le nom d'*adénoïde*, nom qui rappelle seulement son aspect glandiforme, et qui ne préjuge rien sur sa nature.

Après les travaux de M. Velpeau, cette production morbide ne peut plus être confondue avec aucune autre. Mais quelle est la nature de cette production ? est-elle formée par l'hypertrophie d'un lobule de la mamelle, ou par un tissu de nouvelle formation ? On n'est pas d'accord sur ce point.

A. Cooper. A. Bérard, Vidal (de Cassis), M. Nélaton, M. Lebert, voient dans l'adénoïde une hypertrophie d'un lobule de la glande mammaire, et leur opinion est fondée sur la ressemblance, l'identité d'organisation qui existe entre la tumeur et la glande mammaire ; elle est fondée sur ce fait, que la tumeur se continue par un prolongement avec le tissu de la glande mammaire.

MM. Cruveilhier et Velpeau voient dans l'adénoïde une tumeur de nouvelle formation. Ces médecins nient la continuité du tissu de la tumeur avec celui de la glande mammaire, prétendant que la tumeur peut toujours être détachée par énucléation, sans que le tissu mammaire soit entamé.

Quant à l'analogie de structure, M. Velpeau l'explique par une loi d'anatomie pathologique en vertu de laquelle les tissus accidentels tendent à revêtir les caractères des tissus normaux au milieu desquels ils se développent. Mais ici il y a plus que ressemblance ou analogie, il y a, d'après les données microscopiques, identité d'or-

ganisation. Il est vrai que M. Velpeau n'a pas une foi entière aux révélations du microscope.

Mais voilà les partisans des deux opinions en désaccord sur un fait matériel, savoir : si les adénoïdes sont ou non continues au tissu de la glande mammaire. Suivant les uns, cette continuité de tissu serait constante ; suivant les autres, elle n'existerait jamais : les adénoïdes seraient toujours isolées par un kyste complet.

De cette dissidence entre des maîtres d'une telle valeur, ne pourrions-nous pas déjà conclure que les deux dispositions différentes doivent se rencontrer ? Il en est positivement ainsi : il y a cinq ou six ans, j'extirpai à l'hôpital d'Aix, en présence de mon regrettable ami Vidal, une adénoïde du volume d'une petite noix, dont la mobilité en tous sens était telle que nous la croyions entièrement isolée ; cependant elle tenait à la glande mammaire par un pédicule qu'il fallut couper pour la détacher ; et, comme notre attention était fixée sur ce point, nous étudiâmes ce pédicule, que nous trouvâmes formé par du tissu mammaire normal, et se continuant avec l'adénoïde, dont le kyste était interrompu au point d'implantation de ce prolongement sur la tumeur. D'un autre côté, la grosse tumeur qui fait le sujet de l'observation qu'on va lire était entièrement isolée par son kyste.

D'où vient cette différence ? En voici peut-être l'explication : je crois que dans l'origine, et tant que l'adénoïde est petite, ses rapports de continuité avec la glande mammaire existent ; mais quand elle grossit beaucoup, en s'écartant, les éléments de la partie de la tumeur qui tient au pédicule distendent le tissu cellulaire qui unit la portion hypertrophiée de la mamelle à son pédicule, et le tissu cellulaire ainsi tiraillé, allongé et comprimé, finit par passer à l'état membraneux, et former entre le lobule hypertrophié et son pédicule, qui ne participe point à l'hypertrophie, une couche celluleuse continue au reste de l'enveloppe de la tumeur, en sorte que celle-ci se trouve complétement enkystée.

En résumé donc, on est d'accord sur la symptomatologie des adénoïdes, sur leur diagnostic différentiel, sur leur pronostic et leur thérapenthique, et on est en dissidence sur leur nature. La grande ressemblance, l'identité de structure qui existent entre la tumeur et le tissu normal de la glande mammaire, jointes à la continuité de tissu entre la glande mammaire et l'adénoïde, qu'on peut ordinairement constater dans l'opération ou la dissection, constituaient sans doute de grandes preuves en faveur de l'opinion de l'hypertrophie ; mais il m'a été donné d'observer un fait qui me paraît

lever tous les doutes. J'ai constaté la sécrétion du lait par une tumeur adénoïde; or, je ne sache pas que jamais l'analogie de structure entre un parenchyme et le tissu de nouvelle formation qui se développe dans ses interstices ait pu aller jusqu'à cette identité de fonction. Voici le fait.

Tumeur adénoïde, du volume de la tête d'un adulte, sécrétant du lait; extirpation de l'adénoïde, conservation de la glande mammaire.

Mme A..., âgée de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, habituellement bien portante, avait, il y a sept ou huit ans, avant son mariage, dans un effort qu'elle fit pour soulever un corps pesant, ressenti une douleur dans le sein droit.

Quelques mois plus tard, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans ce sein. La tumeur existait depuis un an quand je fus consulté. Elle était alors du volume d'une noisette, dure, très-mobile, tout à fait indolente, située superficiellement vers la partie supérieure de la mamelle, et semblait tout à fait isolée de la glande mammaire. Les menstrues étaient régulières, il n'existait aucun dérangement fonctionnel. Les différents fondants employés alors et depuis furent toujours sans résultat. La tumeur resta absolument dans le même état pendant quatre ou cinq ans. Je conseillai enfin à Mlle S... (depuis, Mme A...) de ne plus s'en occuper. Je dis même à sa famille que le mariage serait plutôt favorable que dangereux, pensant qu'une grossesse et l'allaitement pourraient amener la résolution de la tumeur.

Cette personne se maria, en effet, en 1853. Bientôt elle devint enceinte, et, dans les six derniers mois de sa grossesse, sa tumeur prit un développement énorme.

Appelé vers le milieu de février 1854, vingt jours après l'accouchement, quel fut mon étonnement quand je trouvai, au lieu de la petite tumeur que j'avais vue autrefois, une masse sphérique aussi grosse qu'une tête d'adulte, surmontée d'une bosselure du volume d'une petite orange! La tumeur était dure, mais ce n'était pas là la dureté du squirrhe; on n'y trouvait nulle part la mollesse, la fausse fluctuation de l'encéphaloïde; elle ne se distinguait pas de la glande mammaire, elle était extrêmement mobile sur la paroi thoracique. Le mamelon était situé vers le haut du quart inférieur de cette masse; sa saillie était diminuée. Le sein, ainsi envahi et déformé, sécrétait cependant du lait en assez grande quantité.

Un examen plus détaillé me fit reconnaître les particularités suivantes : sur les deux tiers supérieurs de la tumeur, la peau pouvait être pincée, soulevée en un pli mince; le tissu cellulaire qui la fixait à cette partie de la masse était extensible, lamelleux, dépourvu de graisse. Mais sur les parties inférieures et latérales de cette masse, à partir d'un peu au-dessus du mamelon, le tégument ne pouvait plus être pincé de cette manière; il était doublé de tissu adipeux, et, dans ces points-là, la tumeur n'avait plus la dureté anormale des parties supérieures, mais présentait une consistance qui donnait l'idée du parenchyme mammaire. Du reste, la transition du premier état au second n'était indiquée par aucune ligne de démarcation extérieure.

La peau qui recouvrait la bosselure supérieure était épaissie, brunie par une vascularisation veineuse. De grosses veines sous-cutanées se voyaient autour

de ce point. Cette énorme masse morbide n'était le siége d'aucune douleur ; elle était seulement gênante par son poids et son volume.

L'état sain de la peau, sa mobilité sur tous les points de la tumeur, l'absence de douleur, de tout engorgement ganglionnaire dans l'aisselle et sous les muscles pectoraux, la consistance de la tumeur, le souvenir de l'état où je l'avais vue pendant plusieurs années, excluaient l'idée du cancer ; la sécrétion du lait par le sein malade, la consistance des tissus sous-cutanés dans les régions inférieures et latérales, me faisaient penser que la glande mammaire n'était ni dégénérée ni atrophiée, mais qu'elle était seulement déplacée, comprimée, éparpillée, et qu'ainsi aplatie elle était fortement appliquée sur les parties inférieures et latérales de l'adénoïde, par la peau excessivement tendue.

Mme A... avait allaité jusqu'à ce moment, et son enfant prenait le sein droit presque aussi bien que le gauche. Je fis discontinuer la lactation. La malade fut mise à l'usage d'une boisson nitrée ; je lui donnai quelques purgatifs salins. La sécrétion du lait diminua bientôt ; elle était à peu près supprimée le 10 mars, mais la tumeur n'avait pas cessé de s'accroître. J'opérai le 13 mars, quarante-troisième jour après l'accouchement, vingt-deuxième jour après la cessation de l'allaitement. MM. les docteurs Guirau et Silbert assistaient à l'opération.

Je voulus procéder de manière à pouvoir conserver la glande mammaire, s'il y avait lieu, si, ainsi que je l'espérais, cet organe non altéré dans sa texture était seulement comprimé et étalé au-dessous et sur les côtés de la tumeur. La peau avait été tellement distendue qu'il fallait absolument, sous peine d'avoir des lambeaux très-gênants, sacrifier une partie de celle qui recouvrait la tumeur.

Je traçai d'abord sur la moitié supérieure de la tumeur, par une incision semi-circulaire, un grand lambeau cutané à base supérieure, que je destinais à couvrir la surface de la plaie. Pour me donner plus de facilité dans ma dissection, je fis partir de chaque extrémité de cette grande incision une incision droite, qui fut conduite sur le côté correspondant de la tumeur jusqu'à la hauteur de la partie moyenne du lambeau supérieur. Ainsi se trouvaient tracées, en même temps que le grand lambeau supérieur, les deux cornes d'un lambeau de peau en forme de croissant que je voulais enlever avec la tumeur. Les deux incisions latérales devaient à la fin être réunies en une grande ligne courbe au-dessous de la tumeur ou au-dessus du mamelon, suivant que l'état où je trouverais les parties me paraîtrait exiger que la masse totale fût enlevée, ou permettre que la glande mammaire fût conservée.

Le lambeau supérieur fut détaché par une dissection rapide. La peau qui le formait était attachée à la bosselure de la tumeur par un tissu cellulaire assez dense, mais elle n'y adhérait pas et n'était pas altérée dans son tissu. Ce lambeau détaché, je disséquai de haut en bas les deux angles cutanés latéraux. J'isolai ensuite la tumeur à sa partie supérieure. Arrivé à sa face postérieure, quelques coups de bistouri suffirent pour la détacher. Mes aides me rendirent la dissection plus facile en repoussant en haut la masse morbide. La tumeur, limitée par un kyste que lui formait le tissu cellulaire ambiant condensé, fut énucléée avec une grande facilité. Les deux incisions latérales furent réunies par une grande incision courbe à concavité supérieure, passant à 3 centimètres au-dessous du mamelon ; enfin la tumeur fut détachée, et je laissai en place la glande mammaire refoulée en bas et sur les côtés, bien déformée, mais non atrophiée.

Il s'écoula pendant l'opération beaucoup de sang veineux. Je n'eus à lier que trois ou quatre petites artères.

La plaie de l'opération était vaste et anfractueuse. A sa partie moyenne se trouvait, derrière la glande mammaire déformée, une dépression profonde, sans issue inférieure, dans laquelle avait été logée la partie inférieure de la tumeur. Je tâchai de corriger cette mauvaise disposition en relevant, au moyen d'une grande bandelette agglutinative et d'un bandage approprié, la lèvre inférieure de la plaie, dans laquelle se trouvait comprise la glande mammaire, que son poids entraînait en bas.

Malgré toutes ces précautions, la guérison n'eut lieu qu'après une suppuration abondante; la cicatrisation ne fut achevée que vers le quarantième jour, et il resta une cicatrice déprimée et assez difforme, quoique presque linéaire. La peau, qui était brune au moment de l'opération, n'a jamais recouvré une couleur tout à fait normale.

Examen de la masse extirpée. — Poids, 2,600 grammes. La tumeur est sphérique, entièrement enveloppée d'un kyste cellulo-fibreux. A l'incision, elle présente une couleur d'un gris fauve, un aspect granulé, qui est bien plus apparent encore à la surface d'une déchirure; en un mot, elle a une grande ressemblance avec le tissu normal de la glande mammaire. On y distingue plusieurs lobes et lobules; celui que nous avons signalé à la partie supérieure de la tumeur est le seul volumineux et le plus distinct. Divisée par des incisions profondes, cette tumeur présente, dans divers points, des vacuoles de différentes dimensions, dont deux sont plus grandes et irrégulières. De ces cavités, les unes contiennent un liquide brunâtre, filant comme une forte solution de gomme; dans d'autres se trouve une lymphe gélatiniforme, homogène. Quelques points sont ecchymosés; c'est que, d'après le conseil peu sage d'une sage-femme, la malade avait plusieurs fois malaxé violemment sa tumeur, esperant ainsi la faire dissoudre. Nulle part il n'y a ce ramollissement, cet excès de vascularisation qu'on rencontre dans le cancer encéphaloïde, ni la coupe unie et homogène du squirrhe, ni les gouttelettes de suc cancéreux qu'on fait apparaître par la compression sur la coupe de ces dégénérescences; mais sur les coupes pratiquées dans toutes les directions se voient de petites ampoules ou des canaux blancs qui, ouverts avec la pointe du bistouri, donnent du lait. Ces conduits ont, à l'intérieur, tout l'aspect des membranes vasculaires. Ce sont évidemment des conduits galactophores dilatés. Ils sont en très-grand nombre; j'en compte six ou huit sur une surface de l'étendue d'une pièce de deux francs. Ils sont aussi nombreux dans toutes les parties de la tumeur. En disséquant ces vaisseaux avec soin, je les vois se diviser, se subdiviser et se terminer enfin dans des granulations. Ainsi les conduits galactophores de la tumeur, nés par des radicules déliées de granulations bien distinctes, constituent par leur réunion des canaux assez larges et sans issue qui, dans certains points, sont dilatés en ampoules.

Mme A... a eu un enfant depuis son opération; sa position, ses affaires domestiques ne lui ont pas permis de l'allaiter; mais la fluxion laiteuse s'est faite sur le sein qui a subi l'opération comme sur l'autre.

Je ne crois pas qu'on ait observé beaucoup de faits analogues à celui dont on vient de lire la relation. La grossesse et l'allaitement amènent quelquefois la résolution des tumeurs de ce genre. (A. Cooper, traduction de Richelot et Chassaignac, p. 521, et obs. 471.)

D'autres fois, ces états physiologiques sont sans influence marquée ; mais on n'a pas signalé, que je sache, ce développement énorme de l'adénoïde par l'effet de la grossesse. Comment donc expliquer ce qui s'est passé chez Mme A... ? C'est que, apparemment, dans la plupart des cas, l'hypertrophie porte surtout sur la trame celluleuse du lobule mammaire, et les granulations, organes sécréteurs du lait, comprimées par le tissu cellulo-fibreux anormalement développé, s'atrophient, tandis que chez Mme A... les granulations participaient à l'hypertrophie et en étaient peut-être le siége principal. Du reste, quelle que soit la valeur de cette explication, si des faits semblables à celui que je viens de rapporter se présentaient quelquefois, au lieu de conseiller le mariage comme un remède contre les adénoïdes, on devrait énucléer ces tumeurs avant l'époque où les jeunes femmes sont exposées à devenir grosses.

Lors de la lecture de ce travail à la Société de chirurgie, M. Huguier a regretté que mon observation ne contînt pas plus de détails anatomiques. Mon but était de constater la nature hypertrophique de l'adénoïde ; or, ce fait m'a paru surabondamment prouvé par la disposition lobulée, l'aspect si distinctement granulé de la tumeur, et, surtout, par la sécrétion du lait. Aussi me suis-je borné à constater ces particularités, en insistant sur la disposition des conduits lactifères, que j'ai montrés naissant par des radicules déliées des granulations que l'hypertrophie rendait plus distinctes, et formant des canaux sans issue et des ampoules distendues par le lait.

J'aurais pu entrer dans de plus grands détails, sans doute, mais ce que j'ai noté m'a paru suffisant pour le but que je me proposais, et je n'ai pas poussé plus loin mes investigations.

Il y a une autre partie de mon travail qui peut aussi paraître fort incomplète, c'est l'étude historique des adénoïdes. Je n'ai indiqué que les points principaux de cette histoire, ses époques, et j'ai négligé les faits particuliers. Ainsi, je n'ignorais pas que M. le professeur Velpeau avait, depuis longtemps, distingué les tumeurs à récidive de celles qui ne reviennent pas. Je connaissais ce qu'a écrit le savant professeur en 1839, dans la seconde édition du Dictionnaire de médecine (t. XIX, p. 76, — article *Mamelle*), sur les *tumeurs fibrineuses* du sein, qui, évidemment, ne diffèrent pas des *tumeurs mammaires chroniques* d'A. Cooper, et de celles qui ont été décrites, cinq ans plus tard, par M. Cruveilhier, sous le nom de *tumeurs fibreuses*; mais les doctrines de M. Velpeau n'étaient pas généralement adoptées, quand M. Cruveilhier lut son travail à l'Académie. On trouvera la preuve de cette assertion dans la discussion animée

qui eut lieu à la suite de la communication faite par le professeur d'anatomie pathologique. J'ai donc pu dire que le travail de M. Cruveilhier et la discussion à laquelle il donne lieu, en éveillant l'attention des chimistes sur les tumeurs bénignes du sein, avaient été le point de départ du progrès incontestable qui s'est réalisé dans les dix années qui ont suivi, et qui se trouve si bien résumé dans le beau livre de M. le professeur Velpeau. Dr GOYRAND (d'Aix.)

Remarques sur un cas de tumeur du sein dû à l'hypertrophie de lobules de la glande mammaire.

Note lue à la Société de chirurgie.

La lecture du travail de M. Goyrand (d'Aix), dans lequel il prouve par une observation sans réplique que les tumeurs que M. Velpeau nomme adénoïdes ne sont autre chose que des hypertrophies partielles de la glande mammaire, m'a remis en mémoire une observation semblable à la sienne et que je rapporterai en quelques mots.

Il y a environ dix ans, je fus consulté par une dame de Meaux, qui me présenta sa fille portant dans le sein gauche une de ces petites tumeurs mobiles et granuleuses que je connaissais alors sous le nom de *tumeurs mammaires chroniques*, nom sous lequel A. Cooper les avait parfaitement décrites. Cette dame me demandait si sa fille pouvait être mariée dans l'état de santé où elle se trouvait; je n'hésitai pas à lui faire la réponse que le célèbre chirurgien anglais faisait aux femmes mariées qui l'interrogeaient sur le même sujet : « que loin de s'opposer au mariage, ces tumeurs du sein manquaient « rarement de disparaître sous l'influence de la première grossesse « ou de la lactation qui la suit. » Aussi quel fut mon étonnement quand, à dix-huit mois de là, je fus appelé à Meaux auprès de cette jeune personne, alors mariée et récemment accouchée, afin de lui pratiquer l'extirpation de la mamelle. J'appris d'elle alors que, devenue femme et mère, elle avait vu son sein gauche s'accroître plus que le droit pendant sa grossesse, et que vers la fin de celle-ci et après son accouchement, le volume de ce sein s'était tellement accru que la peau qui le recouvrait s'était fendue en plusieurs points de sa surface et laissait voir à nu le tissu de la glande, d'où s'écoulait incessamment une quantité notable de lait mêlé de pus. En effet, le sein gauche, quand il me fut montré, avait le volume d'une tête d'adulte, et offrait une peau fine, lisse, tendue, crevassée en différents points par lesquels s'écoulait le mélange de pus et de lait signalé plus haut, et la quantité de ce liquide était telle qu'il traversait les pièces de pansement et épuisait sensiblement les forces

de la malade. Amussat, qui avait été consulté, avait prescrit l'ablation du sein, et j'étais demandé pour la pratiquer. Elle fut faite en présence et avec l'aide de MM. Martineau et Gaucher. La masse enlevée pesait cinq livres ; il ne fut pas possible d'isoler la tumeur du reste de la glande, et j'eus, à cause des crevasses de la peau, beaucoup de difficulté à conserver assez de téguments pour obtenir la réunion immédiate de la plaie d'amputation.

Incisé après son ablation, le tissu de la tumeur offrait l'aspect granulé et rougeâtre qu'avait le tissu de la mamelle elle-même, alors encore le siége de la fluxion sanguine qui existe pendant la lactation, et de tous les points de la coupe pratiquée sur ces deux tissus suintait par la pression une notable quantité de lait.

Mon opérée a parfaitement guéri; je l'ai revue depuis, et sa santé a toujours été bonne.

Tel est le cas que j'ai observé, et que j'ai eu, je crois, occasion de communiquer à la Société de chirurgie il y a quelques années. L'observation si complète de M. Goyrand vient le confirmer. De pareils faits toutefois sont très-rares ; dans un cas cité par A. Cooper, la tumeur, qui pesait plusieurs livres, s'était ouverte par suite d'un travail d'ulcération à sa partie la plus saillante, et avait produit des végétations granuleuses qui fournissaient une matière purulente ; mais cet auteur ne parle pas de lait, ce qui s'explique sans doute par cette double circonstance que la malade affectée n'était ni accouchée ni nourrice. Il était réservé à M. Goyrand d'observer ce fait rare dans cette décisive condition d'existence, et d'en tirer le seul enseignement qu'il comporte.

Cependant je n'adopterai pas la conclusion pratique que ce chirurgien fait découler de son intéressante observation, en écrivant que « si de semblables faits se présentaient quelquefois, au lieu de « conseiller le mariage comme un remède contre les adénoïdes, on « devrait énucléer ces tumeurs avant l'époque où les jeunes femmes « sont exposées à devenir grosses. » Je lui opposerai les trois raisons qui suivent, sans pouvoir les développer :

1° Que le fait observé par M. Goyrand et par moi est fort rare ;

2° Que le mariage, la grossesse et la lactation ont fait disparaître un certain nombre de ces tumeurs ; je pourrais en citer un cas pris dans ma pratique particulière ;

3° Enfin, que très-souvent ces sortes de tumeurs restent stationnaires pendant et après la grossesse, et sont portées par les femmes pendant de longues années sans accident aucun. LENOIR.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouveau crayon caustique modifiant les tissus à différents degrés. Sel double de nitrate d'argent et de soude.

La plupart des modifications apportées jusqu'ici aux agents caustiques ont eu pour but d'augmenter l'énergie de leur action. Dans la note suivante, que M. le docteur Brun a publiée dans la Gazette médicale de Lyon, ce médecin se propose un résultat inverse. Comme cette tentative répond à un désidératum de la pratique, nous n'hésitons pas à reproduire le travail de notre confrère lyonnais.

Parmi les agents caustiques si nombreux qui sont préconisés et employés chaque jour en chirurgie, dit M. Brun, presque tous détruisent les parties avec lesquelles on les met en contact; très-peu au contraire ont une action purement *modificatrice.*

Cette action, cependant, est le but qu'on se propose dans bien des cas où les caustiques sont appliqués; la simple modification des tissus donne en effet des résultats aussi remarquables que leur destruction par des caustiques puissants.

Les agents purement modificateurs sont préférables bien souvent, puisque sans rien détruire ils donnent aux tissus la tonicité qui leur est nécessaire, et en quelque sorte une nouvelle vie. Leur action est superficielle et plus lente que celle d'un caustique énergique, mais elle n'est jamais suivie des accidents qui aggravent le mal et rendent le résultat définitif incertain.

Le nitrate d'argent, plus que tous les autres sels, jouit de cette propriété modificatrice, et son emploi est de chaque instant; mais n'est-on pas frappé, dans bien des circonstances, de voir combien il dépasse encore le but qu'on veut atteindre, en déterminant des escarres sur les points où l'on n'a fait qu'un simple attouchement? Il cautérise donc souvent plutôt qu'il ne modifie.

On peut en juger dans les attouchements légers et rapides qu'on fait sur la conjonctive. Il se forme alors chez quelques malades une escarre qui persiste pendant deux ou trois jours, et entretient pendant près de cinq à six jours une irritation très-grande qui recule le résultat qu'on attendait de la modification. Cette escarre, qu'elle soit réelle, ou l'effet d'une coagulation des mucosités de l'œil produite par l'action chimique du sel d'argent, n'en existe pas moins et agit comme corps étranger. Ne serait-ce pas en raison de cette circonstance que bien des maladies des yeux résistent à la médication dont nous venons de parler?

La même remarque s'applique aux maladies des voies urinaires. L'emploi du nitrate d'argent est tout aussi fréquent dans ces affections. Mais ici, plus que pour les yeux, les suites sont difficiles à prévoir, puisque le résultat immédiat est impossible à constater, et que le résultat définitif est toujours douteux. N'a-t-on pas d'ailleurs accusé le nitrate d'argent de causer plus d'une lésion dans les voies urinaires? Ne serait-ce pas parce qu'il cautérise trop profondément la muqueuse?

On ne peut nier cependant les avantages qu'il présente quand son énergie est en rapport avec le mal. Et la preuve, c'est que toutes les fois qu'on peut l'employer en solution, c'est-à-dire qu'on peut graduer son action selon l'effet qu'on veut produire, on est à peu près certain d'obtenir un bon résultat. Mais il se présente des cas où il faut que son action ne porte que sur un point bien circonscrit: dans les inflammations chroniques de l'urètre, par exemple, où le mal est localisé, comme dans les irritations de la région prostatique, la spermatorrhée, la névralgie du col vésical, etc. — Si on fait une injection dans ces cas-là, on s'expose à irriter toutes les parties saines environnantes, à exaspérer par conséquent le mal en lui donnant plus d'extension. D'un autre côté, si on se sert de la pierre infernale, on s'expose à brûler plus profondément qu'on ne le veut et à donner au patient des maladies consécutives souvent plus graves que celles dont ils sont affectés.

La difficulté de limiter l'action du nitrate d'argent rend donc son application dangereuse dans bien des cas; c'est pourquoi j'ai pensé qu'en diminuant sa force caustique, de manière à la rendre simplement agent modificateur, on arriverait à faire disparaître ses inconvénients.

Dans cette intention, j'ai fait préparer des crayons de nitrate de soude et de nitrate d'argent, dans des proportions variables.

J'ai su depuis qu'un produit analogue à celui que j'avais imaginé dans un but pratique constituait une sophistication assez fréquente de la pierre infernale, je veux parler de l'association du sel d'argent à un sel de potasse.

Voici, d'après les détails que nous devons à M. Livernay, pharmacien, la manière de procéder pour obtenir notre crayon caustique.

Préparation. — Dissolvez, d'une part, dans quantité suffisante d'eau distillée, une partie d'azotate d'argent; d'autre part, une partie d'azotate de soude, dans la même quantité d'eau. Mêlez ces deux solutions et évaporez-les jusqu'à siccité — Mettez le résidu dans un creuset et chauffez jusqu'à ce que la ma-

tière soit en fusion tranquille. Coulez alors ce produit dans la lingotière préalablement chauffée et graissée.

Après refroidissement, on obtient un cylindre qui représente un sel double d'azotate d'argent et de soude.

Ce sel double est d'un gris perlé, si chacun des sels employés est pur ; il acquiert une teinte brune et noirâtre si la fusion a été un peu prolongée, soit qu'il y ait eu réduction d'une petite quantité d'argent, soit qu'il y ait eu altération par la matière grasse dont on a enduit la lingotière.

L'azotate d'argent et de soude présente une cassure cristalline et rayonnée ; il est très-soluble dans l'eau et l'alcool bouillant. — Il n'est pas plus cassant que le nitrate d'argent et peut être coulé plus facilement. En général, il offre les mêmes caractères.

Ces deux sels peuvent être combinés dans les proportions les plus variées.

J'ai eu occasion de me servir de ce sel double pour toucher des aphthes de la bouche, pour barbouiller le gland dans un cas de balanite, pour toucher un inflammation localisée de la paupière inférieure, et je dois dire qu'aucun de ces attouchements n'a été suivi de douleurs vives, comme après l'emploi de la pierre infernale, que toutes ces surfaces muqueuses ont été suffisamment modifiées par l'action du crayon affaibli, et que la guérison m'a paru plus rapide. —L'action du crayon a toujours été, d'ailleurs, en raison directe de la quantité du sel d'argent. Sur une large plaie, j'ai employé simultanément la pierre infernale et le crayon affaibli ; l'attouchement avec ce dernier a laissé à peine une trace, tandis que le nitrate d'argent pur a marqué son passage par un sillon bleu des mieux dessinés.

Ce crayon présente en outre cet avantage sur le nitrate d'argent pur, qu'il fond plus aisément sans se boursoufler quand on l'expose à la chaleur. — Cette circonstance me semble importante à signaler pour l'application du nitrate d'argent aux maladies des voies urinaires dans lesquelles la méthode modificatrice rend surtout d'éminents services.

Jusqu'à présent, on a toujours chargé de nitrate d'argent fondu la cuvette de l'instrument de Lallemand. Or, rien n'est difficile comme cette petite opération. On peut s'y prendre de deux manières : ou après avoir garni le fond de la cuvette avec de la cire molle on la saupoudre de nitrate d'argent brisé, ou l'on fait fondre directement le nitrate d'argent en l'exposant à une douce chaleur. Mais, dans le premier cas, souvent il se détache de petits fragments du sel caustique ; et dans le second, il se boursoufle tellement à la chaleur, qu'il est très-difficile de remplir convenablement la cuvette. Alors, qu'arrive-t-il ? Le nitrate d'argent s'en va complétement, ou bien, si on retire l'instrument assez tôt pour que le sel

reste en place, par l'effet de l'ébullition, il forme une masse hérissée de bosselures qui empêchent l'instrument de se fermer ; souvent ces bosselures se cassent et forment des arêtes qui nuisent davantage encore au succès de l'opération.

Le sel double que je propose présente donc des avantages que je crois pouvoir résumer ainsi :

1° Il remplit mieux le but qu'on se propose si on ne veut produire qu'une modification des tissus ;

2° Son action peut être plus ou moins active selon les proportions des deux sels qui le composent ;

3° Il est plus facile à manier ;

4° Dans aucun cas, son emploi ne présente de danger et ne peut faire naître de crainte pour l'issue de la maladie.

Nouveau réactif pour reconnaître la présence du sucre dans les urines diabétiques.

Ce procédé d'analyse qualitative du sucre diabétique, dû à M. Boettger, repose sur ce fait, que le sous-nitrate de bismuth se réduit sous l'influence des liqueurs alcalines contenant du sucre de l'espèce glucose, tandis qu'il n'éprouve aucune action, dans les mêmes circonstances, en présence du sucre de canne. — Pour faire un essai, on ajoutera à l'urine suspecte son volume d'une dissolution de carbonate de soude au quart et environ 1 ou 2 grammes de sous-nitrate de bismuth. En faisant bouillir ce mélange, on verra presque aussitôt noircir le sous-nitrate de bismuth, s'il y a du sucre diabétique, tandis qu'il conservera sa blancheur s'il n'y en a pas de trace. — L'acide urique et les autres sels contenus dans l'urine normale ne noircissent pas non plus le sous-nitrate de bismuth.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Remarques pratiques sur deux cas de rage spontanée chez l'homme.

C'est encore, pour un grand nombre de médecins, une question indécise que celle du développement spontané de la rage dans l'espèce humaine. Tandis que les uns en soutiennent l'existence, s'appuyant sur le petit nombre d'observations de ce genre que la science possède, les autres, examinant les mêmes faits à un point de vue différent, persistent à n'y voir que les symptômes d'une méningite ou autre phlegmasie spéciale, ou d'une névrose d'un genre particulier.

Il est une autre opinion non moins fortement enracinée dans l'esprit de certains praticiens, c'est que la rage véritable, complète, car il est bon de savoir qu'on en a distingué de divers degrés, est incurable par sa nature même ; en sorte qu'une maladie qui s'est terminée par la guérison ne pourrait pas être la rage vraie, quels que soient les symptômes qu'elle ait présentés.

Il nous paraît difficile que ces diverses opinions ne soient pas, tout au moins, fortement ébranlées par la lecture des faits qui suivent.

Obs. I. *Rage spontanée chez un homme de trente ans ; traitement infructueux ; mort au bout de quarante huit heures.* — Le 17 mars 1855, Alfred B..., jardinier, âgé de trente ans, d'une constitution assez délicate, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une humeur taciturne et sombre, éprouve du refroidissement à la suite d'une pluie qui pénètre ses habits pendant qu'il est occupé à tailler des arbres. Plus d'une fois la même chose lui était arrivée sans conséquences fâcheuses. Quoi qu'il en soit, le surlendemain 19 il est pris d'une douleur assez vive dans toute la longueur du bras droit jusqu'à l'épaule, dans la direction des nerfs de cette extrémité, avec malaise général, fièvre et inappétence.

Le 20, l'état fébrile a continué au même degré toute la nuit. Au jour, au moment où la femme du malade lui présente un verre d'eau sucrée, un accès de suffocation, qui se calme au bout de quelques minutes, l'empêche de boire. L'épreuve est renouvelée plusieurs fois, et toujours avec les mêmes résultats. L'eau sucrée, une tisane quelconque, des confitures même étendues sur un peu de pain, déterminent, au moment où elles touchent les lèvres, un spasme de la glotte avec menaces de suffocation, secousses vives des muscles de la respiration et agitation consécutive qui dure encore quelques instants. Les mêmes phénomènes sont tout près de reparaître à la simple proposition de boire, faite avec instance.

Les choses en étaient là, lorsque, vers huit heures du matin, je suis appelé près du malade que je trouve dans l'état suivant :

Face un peu vultueuse, regard animé, chaleur à peu près naturelle de la peau, qui est moite aux extrémités, pouls à 85 pulsations, ventre souple et indolent, langue blanche, point de rougeur à la muqueuse pharyngienne, absence des pustules de Marochetti. Les urines sont rares, mais naturelles ; il n'y a point de garde-robes. Le malade à l'air inquiet sur son état, mais il conserve toute son intelligence. Sous prétexte de le rassurer en lui faisant voir que ses traits n'ont subi aucune altération, je détache et lui présente un miroir placé au chevet de son lit : tout aussitôt, il détourne la tête avec effroi et se rejette du côté de la ruelle.

La journée se passe dans cet état, ou plutôt l'inquiétude et l'agitation vont toujours croissant. Ce n'est plus seulement à l'aspect des boissons que les spasmes de la glotte et la suffocation surviennent, car on n'ose même plus parler au malade de boire ; le contact de mains autres que celles de sa femme, la seule approche d'une personne étrangère, déterminent la défiance, l'effroi et les accidents spasmodiques. Je puis à peine m'assurer de l'état du pouls qui est devenu plus accéléré, ou faire des frictions mercurielles sur le cou, la poitrine et les aines. Le malade s'effraye à la vue de verres de lunettes relevées sur le

front de la personne au service de laquelle il est, et se détourne en la priant de les enlever. La nuit, qui vient ajouter à l'intensité de tous les symptômes, se passe dans une insomnie complète, avec un ptyalisme ou crachotement incessant de mucosités écumeuses et blanches, qu'il lance à droite et à gauche, tantôt sans précaution, tantôt en évitant d'atteindre ceux qui l'entourent. Il a des hallucinations fréquentes, des visions fantastiques d'objets et de personnes placés en face de son lit, mais point de délire réel, et, à cela près, l'intelligence reste saine et il conserve la conscience de son état.

Le 21, le pouls n'a guère plus de fréquence, mais les yeux sont scintillants, la face de plus en plus animée, le regard égaré et effrayant. L'anxiété, l'agitation vont toujours en augmentant, les spasmes de la respiration, la suffocation avec sensation dans la gorge d'un corps étranger qui étouffe le patient, sont presque continuels. Il s'agite et se débat sur son lit, où deux hommes sont constamment occupés à le retenir ; il vocifère avec fureur et crie jusqu'à perte d'haleine : Sortez vite..... Personne ici..... N'avancez pas..... Fermez les portes..... M.*** Mme***, sauvez-vous..... je ne veux pas vous voir.... Puis, à la violence du paroxysme succède l'abattement; il redemande d'une voix haletante et épuisée et fait approcher avec des démonstrations d'affection ceux qu'il a repoussés, moi tout le premier, contre lequel il paraît fort animé, parce que je l'ai fait enlever de sa chambre et placer dans une baignoire.

Dans la soirée, les symptômes arrivent à un degré d'intensité qu'il est impossible de décrire ; il faut avoir été témoin de ce spectacle pour en concevoir toute l'horreur. Ce sont des accès de rage véritable, d'agitation furieuse, avec ptyalisme écumeux incessant et strangulation lente, comme aux approches de la mort par le croup. Et, chose affreuse, l'intelligence reste saine, et ce malheureux semble encore demeurer maître de sa volonté ! Il chasse avec menace, mais sans s'expliquer davantage, ceux qui veulent approcher pendant les redoublements ; mais il ne paraît pas même avoir l'idée de mordre, ou de faire le moindre mal aux gardiens qu'il a acceptés, ou à sa femme, à laquelle il ne cesse de témoigner de l'affection. Prévoyant sa fin, dans une de ces rémissions dont nous avons parlé, il fait par-devant notaire des dispositions en sa faveur, et s'informe à plusieurs reprises et auprès de diverses personnes si l'acte est valable et fait en bonnes formes

Enfin, le 22, à trois heures du matin, après des paroxysmes portés au plus haut degré, les forces baissent, le pouls décline, l'agitation diminue, la voix s'éteint, et la mort arrive sans agonie et en pleine connaissance, annoncée par le malade lui-même et à plusieurs reprises, dès la journée d'hier. A cet instant, quelques gouttes de sang sortent par le nez; il s'écoule de la bouche une écume sanguinolente, et les traits, naguère contractés d'une manière affreuse, redeviennent naturels.

L'autopsie ne m'a pas été possible.

Je n'ai pas voulu interrompre l'histoire des symptômes par celle du traitement, le plus inutile qui ait jamais été employé. Saignées générales renouvelées au début, sangsues à l'anus, pédiluves et cataplasmes sinapisés, antispasmodiques de tout genre et sous toutes les formes, frictions mercurielles partout où la peau absorbe le mieux, bains généraux prolongés, applications froides sur la tête, tout a été essayé, je ne dirai pas avec un avantage momentané, mais le plus souvent avec des résultats opposés à ceux qu'on se proposait. Ainsi, soulagée un instant par les saignées, l'affection a paru marcher plus vite peu après l'opération qui avait donné un sang noir à la sortie de la veine et un caillot de

couleur rouge, contenant peu de sérosité, à bords non relevés et formé assez promptement. Les sangsues n'ont produit aucun amendement, pas plus que les lavements, qui ne pénétraient qu'avec peine et étaient aussitôt rejetés. Ajoutez à cela que l'approche d'un étranger et l'application de ses mains ramenaient le retour ou l'exagération des paroxysmes. C'est à peine si les secours administrés par la femme du malade étaient exempts de cet inconvénient.

Quant au chloroforme employé avec des résultats si fâcheux par M. Borelli, de Milan, je n'ai pas osé ajouter les dangers de son application à ceux de la maladie.

Pour complément de cette intéressante observation, que l'on me reprochera peut-être d'avoir donnée avec trop de détails, j'ajouterai que les déclarations les plus positives d'Alfred, celles de sa femme, et les recherches les plus minutieuses de tout genre, ont mis hors de doute pour moi cette vérité, que le malade n'avait jamais été mordu par un animal enragé, ni même effrayé par la crainte de l'être.

Pour rentrer dans l'esprit éminemment pratique du *Bulletin de Thérapeutique*, permettez-moi de reproduire ici un fait analogue publié récemment par M. Fonssagrives, et dans lequel le traitement a été couronné d'un succès complet.

Obs. II. *Hydrophobie rabiforme spontanée avec délire lypémaniaque. — Emploi de l'opium à hautes doses. — Guérison.* — Un jeune homme de vingt-cinq ans fut apporté, le 9 septembre 1856, à l'hôpital maritime de Cherbourg, en proie à un délire furieux survenu après une infraction à ses habitudes de sobriété. Il avait la peau chaude, le pouls petit, fréquent, le corps couvert de sueurs profuses ; la face était violacée ; tous les muscles, notamment ceux de la région postérieure du cou, étaient dans un état de roideur tétanique ; le tronc et la tête formaient un arc à convexité antérieure ; le malade était agité et prononçait des paroles incohérentes. A ces paroxysmes succédaient des moments de détente assez prolongés, pendant lesquels le malade recouvrait en grande partie sa connaissance, et répondait assez intelligiblement aux questions qu'on lui adressait. La figure était rouge, les conjonctives légèrement injectées, l'œil brillant, hagard, présentant une expression de stupeur et d'étonnement. La langue est sèche, rouge sur les bords, agitée de tressaillements fibrillaires. Le malade avait peine à la mouvoir et ne la tirait qu'incomplétement. Douleurs vagues et générales dans les membres ; céphalalgie vive. (Diète ; infusion de valériane ; poudre de musc, 50 centigrammes ; extrait gommeux d'opium, 10 centigrammes. Faites 10 pilules ; une toutes les heures. — 12 sangsues aux mastoïdes ; cataplasmes sinapisés sur les extrémités inférieures.)

Nuit du 9 au 10 excessivement agitée. A minuit crise violente, qui ne différa des précédentes que par la manifestation d'une frayeur vive et l'apparition d'hallucinations de la vue.

Le 10 au matin, facies pâle, yeux brillants, expression farouche du visage. Réponses assez raisonnables quand on fixe fortement l'attention du malade, délire dès qu'il est abandonné à lui-même. Persistance des hallucinations de la vue, dont l'objet seul est changé. A neuf heures du matin invasion brusque, sans prodromes, d'une attaque dont M. Fonssagrives est témoin, et qui ne lui laisse plus aucun doute sur la nature de l'affection. Le malade est pris d'une *terreur* extrême, sa tête se renverse convulsivement en arrière, il perd con-

science de ce qui se passe autour de lui. La vue des objets *brillants* le met en fureur. Cette attaque dure environ un quart d'heure. — A midi nouvelle crise semblable, dans laquelle se manifestent pour la première fois des *envies de mordre*. Dans l'intervalle qui sépare cette attaque des suivantes, le visage a une expression de calme et de tristesse.

Le traitement est continué ; seulement la dose d'opium est portée à 20 centigrammes, et un lavement purgatif est prescrit.

Trois nouvelles crises dans la nuit du 10 au 11, moins fortes et moins prolongées que les autres.

Le 11, à dix heures du matin, nouvelle attaque des plus violentes et des plus caractérisées précédée du frisson hydrophobique, et qui dure une heure et laisse après elle une hyperesthésie excessive.

Le 12, nouvelle attaque de dix minutes de durée seulement, précédée d'un frisson des plus intenses. A dater de ce jour le pouls, qui avait été fébrile, perd de sa fréquence, le corps se couvre d'une sueur profuse.

Le 15, gonflement des parotides, qui prennent les jours suivants un développement énorme. Les attaques hydrophobiques ne sont plus qu'indiquées par un peu d'agitation.

Du 16 au 22, les symptômes hydrophobiques vont s'affaiblissant et se dissipent peu à peu : l'état général du malade s'améliore sensiblement. Pendant quelque temps encore des symptômes de lypémanie semblent avoir pris la place des accidents hydrophobiques, puis ils se dissipent à leur tour, et dans le courant du mois de décembre suivant le malade se rétablissait complétement.

Le lecteur a dû remarquer la différence notable qui existe entre ces deux observations, quant aux symptômes et surtout à la durée de l'affection. Chez Alfred B..., la maladie a marché, en trois jours seulement, et avec une intensité irrésistible, à sa terminaison fatale. Plus heureux que moi, M. Fonssagrives a vu son malade être soulagé par l'opium, dès le deuxième jour de son emploi, puis l'apparition de parotides, la plus puissante des révulsions, amener un mieux notable ; en sorte qu'au bout de huit ou dix jours, on pouvait regarder le danger comme passé.

Voilà bien assurément, pour les médecins qui croient à la rage développée spontanément chez l'homme, deux des exemples les plus complets de cette affreuse maladie. Quant à ceux qui se refusent à l'admettre, et il en est encore plusieurs, comme je ne puis prendre au sérieux la distinction de la rage d'avec l'hydrophobie, je me bornerai à leur demander quel nom, quelle place dans les cadres nosologiques ils entendent assigner à une maladie qui est tout à fait, même pour eux, la rage des animaux, la rage aussi de l'homme, quand elle lui a été inoculée, mais qui, d'après eux, cesse d'être la rage, quand il n'y a pas eu inoculation.

Il y a, dans cette manière de voir, absence de logique et en même temps d'observation pratique. Nous ne pouvons plus aujourd'hui fermer les yeux sur cette vérité fâcheuse et bien faite pour attirer

l'attention de l'autorité, c'est que la propagation indéfinie de certaines espèces animales, la multiplicité de contact de ces espèces avec l'homme dans des conditions d'encombrement, d'insalubrité et de mauvaise alimentation, ont eu pour résultats, outre la contagion directe et incontestable, de faire naître chez lui le germe de plusieurs de leurs maladies, lesquelles apparaissent ensuite pures, ou plus ou moins transformées sous l'influence de diverses causes. Ainsi, il y a quelques années, on citait comme faits aussi intéressants par leur nouveauté que par leur importance, des cas de transmission de la morve du cheval à l'homme. Eh bien ! aujourd'hui nous avons des observations de cette maladie chez l'homme, où le développement spontané est évident pour tout lecteur attentif, en dépit des explications plus ou moins ingénieuses par lesquelles on cherche à faire intervenir la contagion. Ne sommes-nous pas cependant préparés par l'opinion d'un des hommes les plus compétents en hippiatrique, de M. Bouley (Archives médicales, 1838, 3e série, tome III, p. 368), à voir bientôt cette doctrine de la spontanéité de la morve dans l'espèce humaine être admise et s'établir sur des faits nouveaux et mieux observés qu'autrefois, parce que l'éveil a été donné sur la question, et que le nombre des bons observateurs est plus considérable qu'il ne l'était ?

Nous conviendrons, toutefois, que s'il existe une maladie problématique en tous points, et qui, par cela même, justifie la divergence des opinions, c'est bien celle dont nous nous occupons, et que l'on chercherait en vain dans les nombreux ouvrages publiés sur la matière, et dans les mémoires non moins nombreux présentés aux corps savants, une solution aux questions capitales qui ont trait à la cause, à la nature, au siége et au meilleur traitement de la rage. Mais ce n'est pas une raison pour s'écarter ici de la marche ordinairement suivie dans l'étude d'une chose inconnue. Accepter une à une toutes les données, à mesure qu'elles arrivent revêtues du cachet de la vérité et de la saine observation, les coordonner et grouper en faisceau; puis, quand elles ont acquis par le nombre une force d'action suffisante, s'en servir pour dissiper les ténèbres et produire la lumière, c'est ainsi que les sciences ont presque toujours procédé, et, plus que toute autre, la science médicale, résultat positif, non du génie ni de l'inspiration du moment, mais de l'observation et de l'expérience des siècles.

Il n'est donc plus permis, après la lecture du fait que nous rapportons, et de tant d'autres non moins probants, de douter que si la rage humaine est le plus souvent due à l'inoculation, elle ne puisse

aussi se développer spontanément, sans cause appréciable et par une prédisposition constitutionnelle, quelquefois aussi sous l'influence de causes morales et physiques très-variées et très-nombreuses. Parmi les cas les plus remarquables en ce genre, j'en citerai en deux mots un qui m'a été fourni par M. le docteur Pigeotte, le vénérable Nestor de la médecine troyenne. Il eut à soigner, il y a une douzaine d'années, un enfant de sept ans, qui mourut avec les symptômes les plus prononcés de la rage au troisième jour de la maladie. A l'ouverture, on trouva, comme fait dominant tous les autres, une perforation de l'intestin grêle et un lombric engagé dans cette perforation.

Pour en finir sur le développement de la rage sans inoculation, peut-on, en bonne logique, expliquer par une autre cause qu'une influence morale, jointe à une prédisposition individuelle, les cas d'hydrophobie mortels en peu de jours et survenus un plus ou moins grand nombre d'années après la morsure ?

Jacquier, D.-M.,
à Ervy (Aube).

Observation à l'appui de l'action antilaiteuse des eaux minérales ferrugineuses.

Pendant notre séjour aux bains de Châteauneuf, en Auvergne, nous y avons constaté que les gallinacés et les animaux ruminants sont très-friands des eaux minérales ferrugineuses de cette localité, mais qu'elles ont le grave inconvénient de tarir le lait des vaches.

Désireux de savoir si cette action s'étendait aux femmes qui nourrissent, nous avons prié une fille-mère de faire, pendant quelques jours, usage de l'eau de la source de Chabon, qui, d'après l'analyse de notre honorable confrère, M. Faure, est une des plus riches en principes ferrugineux ; le résultat a été que cette femme aurait perdu tout son lait, si elle eût persévéré à boire de cette eau. Cette observation vient prouver une fois de plus que le fer peut être rangé parmi les antilaiteux, et engager les praticiens à ne pas prescrire ce médicament chez les nourrices, alors même que son emploi en paraîtrait nettement indiqué. Stanislas Martin.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la conduite a tenir a l'égard de la femme en travail. — Nous empruntons au discours d'ouverture du docteur M'Clintock, professeur d'accouchement à Dublin, les passages suivants,

qui renferment, à côté d'instructions pratiques d'une portée incontestable, des sentiments élevés que nous ne saurions trop approuver.

« La clinique d'accouchement diffère tellement des autres cliniques, que je crois de mon devoir de vous indiquer comment vous devez vous y comporter. Je le fais d'autant plus volontiers, que les préceptes que je vais formuler pourront et devront vous guider encore quand, sortis de cette école, vous vous livrerez à la pratique civile, quel que soit le rang social des femmes que vous serez appelés à accoucher.

« N'oubliez jamais que vous avez affaire au sexe le plus faible, et que vous assistez à son épreuve la plus douloureuse, à ses moments de plus cruelle angoisse. Comme tous les autres malades, la femme en travail a droit à votre humanité et à votre bienveillance. Mais ce n'est pas assez, vous devez encore être prévenants et retenus. Il arrive parfois que, provoquée par l'intensité de ses douleurs, la femme en travail laisse échapper des reproches, donne des marques d'impatience dont elle ne se rend pas compte; il lui arrive même de ne tenir aucun compte de vos avis, de vos injonctions : dans tous ces cas, soyez indulgents, et, sans vous laisser arrêter par ces actes, tâchez de diminuer ses souffrances et soutenez son courage chancelant. Ne vous permettez jamais, vis-à-vis de votre patiente, un mot dur ou un mouvement de brusquerie; des souffrances prolongées, un espoir déçu réagissent sur le caractère même le plus calme, il n'est donc pas étonnant que l'accouchée soit quelquefois irritable et indocile; nous devons même ranger ce fait parmi les manifestations physiologiques de l'accouchement. Avec cette manière de voir, il vous sera plus facile de conserver cette égalité d'humeur et cet empire sur vous-mêmes, si nécessaires à l'accoucheur.

« Apportez dans votre manière d'agir avec la femme en travail la plus grande réserve, tant en paroles qu'en actions. Evitez avec le plus grand soin tout ce qui pourrait blesser la pudeur de l'accouchée. En agissant de la sorte, vous remplissez un devoir sacré. Pendant le travail il est indispensable de se livrer à des examens oculaires et manuels qui sont toujours pénibles et désagréables. Mais bien persuadée de leur nécessité, de leur importance pour elle-même et pour son enfant, une femme sensée et raisonnable s'y soumettra toujours. Procédez-y avec ménagement, jamais lorsque vous pouvez vous en dispenser. Celui qui manque à ce précepte blesse sans motif la pudeur de la femme, est coupable et abuse de la confiance qui lui a été accordée.

« N'entreprenez jamais un accouchement sans vous être, au préa-

table, lavé soigneusement les mains et sans avoir changé de vêtements, lorsque vous avez été en contact avec des malades atteints d'érysipèle, d'inflammation diffuse ou de fièvre quelconque.

« Je vous fais cette recommandation parce que les faits ont démontré que la fièvre puerpérale peut être produite par l'inoculation de parcelles purulentes provenant d'ulcères, d'abcès, et transportée par les doigts de l'accoucheur. La vérité de cette assertion a été établie sur une grande échelle par le docteur Semelweiss, à l'hôpital d'accouchements de Vienne.

« L'expérience a également démontré que la fièvre puerpérale peut se transmettre par contagion ou par infection, par l'intermédiaire des vêtements, lorsqu'on a été en communication avec des malades atteints des maladies que nous venons de mentionner, telles que l'érysipèle, l'inflammation diffuse, la pyohémie sous toutes ses formes, et les différentes espèces de fièvres malignes.

« Or, s'il est du devoir du praticien de prendre ces précautions vis-à-vis d'une malade isolée, dans la pratique civile, ce devoir n'est-il pas doublement, triplement imposé dans la pratique hospitalière, où vous êtes en communication avec plusieurs femmes en couches, à la fois?

« Enfin, un dernier précepte que je crois utile de vous donner, c'est de faire une extrême attention à chacune de vos paroles, à chacun de vos gestes, en face de la femme en travail, à tout ce que vous dites et faites en sa présence, afin d'éviter qu'elle reçoive aucune impression capable de l'affecter, de la troubler ou de l'émotionner.

« Ce précepte a une importance extrême, et vous ne devez jamais le perdre de vue dans toute votre carrière obstétricale. Cette possession de soi-même n'est pas donnée à tous, mais chacun de nous peut l'acquérir. Si cette précieuse qualité fait défaut à l'accoucheur, possédât-il les connaissances médicales les plus étendues, il est impropre à remplir tous les devoirs de sa spécialité. Les plus grands malheurs peuvent résulter d'une remarque indiscrète, d'une opinion défavorable, d'un pronostic fâcheux parvenus à l'oreille d'une accouchée, dans ces moments si graves où la vie est en question. Les raisonnements, les consolations sont le plus souvent impuissants à détruire le mal causé par une parole imprudente. *Verbum semel emissum volat irrevocabile.*

« Vous vous expliquerez facilement la nécessité de ces précautions par les conditions dans lesquelles se trouve le système nerveux au moment de la parturition. L'état puerpéral est un de ceux qui communiquent à ce système la plus grande activité, activité presque

maladive, et dans ces conditions toutes les fonctions organiques sont dominées par une sorte d'orgasme nerveux, qui se manifeste sous les formes les plus variées. Elle rend la femme éminemment sensible aux agents extérieurs et principalement à ceux qui produisent subitement une profonde émotion, que ce soit la joie, la peur, le chagrin ou la colère qui les provoquent.

« On a cité des cas trop nombreux qui témoignent des effets déplorables produits pendant la parturition, la période puerpérale ou la grossesse par une émotion soudaine, une impression morale vive, pour que j'aie besoin d'en fournir de nouveaux exemples. »

Entorse datant de trois semaines, traitée par le massage. Guérison rapide. — Cette méthode de traitement, conseillée autrefois par Martin (de Lyon), a été employée et préconisée depuis par M. Lebâtard, par M. Coze (de Strasbourg), et récemment encore M. Girard adressait à l'Académie des sciences un mémoire dans lequel il mettait en relief les services que ce moyen lui avait rendus chez un grand nombre de malades affectés de cette lésion. Malgré ces divers témoignages, cette méthode ne s'est pas vulgarisée ; ce n'est pas ici le lieu d'en rechercher les motifs. Nous voulons montrer, par un nouvel exemple, que le massage ne mérite pas les dédains avec lesquels on a reçu la plupart de ses enseignements.

Le nommé Bollet, manouvrier, en sautant un fossé, se tord le pied et tombe sur le sol. La jambe est immédiatement plongée dans un seau d'eau froide, et l'articulation du cou-de-pied bandée avec un mouchoir imbibé du liquide. L'emploi de ces moyens ne rend pas la marche possible. Enfin, au bout de trois semaines, n'éprouvant aucune amélioration, il entre à l'hôpital de la Clinique. M. Nélaton procède à l'examen du malade. Le pied ne présente aucune trace d'ecchymose ; les mouvements de latéralité imprimés à l'articulation développent une douleur vive au-dessous et en avant du sommet de la malléole interne ; il existe un autre point douloureux à un centimètre au-dessous de la malléole externe. Il n'y a pas de fracture du péroné. Le diagnostic ayant établi qu'il s'agissait d'une simple entorse, M. Nélaton prescrit l'emploi du massage, dont la manœuvre est confiée à un des externes du service. Voici comment on procède. Les doigts du chirurgien sont glissés sous le pied malade, puis les deux pouces, enduits de graisse, sont promenés circulairement sur les points douloureux, en exerçant une pression de plus en plus forte. Ces frictions sont prolongées

pendant un quart d'heure environ. Dans la journée, le malade a commencé à marcher, et le surlendemain il se trouvait guéri et quittait l'hôpital.

Le massage est souvent employé par M. Nélaton, qui a obtenu toujours d'excellents résultats, soit que l'entorse fût récente, soit qu'elle datât de quelque temps, comme dans ce dernier cas.

Hernie volumineuse irréductible. — Mode particulier de compression ; réduction. — Dans l'opération du taxis, on nous apprend trop à compter sur l'énergie des efforts et la violence des pressions exercées sur les parties herniées. Le fait suivant va nous en fournir la preuve.

Le nommé Schmitt (Victor), cuisinier, âgé de cinquante ans, entre dans le service de M. Nélaton, pour des accidents causés par une hernie inguinale. Cet homme, qui a l'habitude de travailler debout, portait depuis longtemps une hernie inguinale, qui, d'après ce qu'il nous dit et d'après la forme du bandage, était mal contenue, et s'échappait au-dessous de la pelote. Néanmoins, il pouvait la faire rentrer facilement, et opérait cette réduction, surtout le matin, après le repos au lit. Une fois, il ne put parvenir à la réduire, ce qui amena des accidents : il éprouva des douleurs vives, qui empêchaient la station verticale ; c'est dans ces conditions qu'il entra à l'hôpital de la Clinique.

Des tentatives de réduction furent faites à plusieurs reprises, mais sans succès. M. Nélaton résolut alors de recourir à la compression, qu'il exerça de la manière suivante : le malade étant couché sur le dos, une sorte de bandelette en gutta-percha fut placée sur la partie supérieure des cuisses, au-dessous du scrotum, maintenu dans cette position par des bandelettes de linge qui la rattachaient au corps et l'immobilisaient ; puis un sac de coutil, rempli de trois à quatre livres de sable, fut appliqué sur la tumeur herniaire. Il en résulta une compression égale, uniforme sur tous les points de la tumeur, et facile à supporter ; la masse diminua de volume ; le taxis, pratiqué à plusieurs reprises, permit de réduire successivement une grande partie de la tumeur ; et enfin, on put faire rentrer tout dans l'abdomen.

A partir de ce moment les douleurs disparurent, et l'on s'occupa de maintenir la hernie réduite par l'application d'un bandage bien fait.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anus *artificiels, par la méthode d'Amussat. Des conditions dans lesquelles cette méthode est praticable.* Cinq observations d'anus artificiels, établis par la méthode d'Amussat, c'est-à-dire par l'entérotomie lombaire, empruntées à divers services des hôpitaux de Londres, et réunies dans le *Medical Times*, ont fourni au rédacteur de ce journal l'occasion de formuler les conditions principales qui réclament et rendent possible l'application de cette méthode. D'après l'auteur, l'opération de l'anus artificiel lombaire ne peut être pratiquée que s'il se présente l'une des quatre conditions suivantes :

1° Obstruction des intestins dépendant d'un rétrécissement du rectum ou de la partie inférieure du colon.

2° Obstruction des intestins, due à la pression d'une tumeur sur le rectum ou la partie inférieure du colon.

3° Obstruction congénitale des intestins, par suite de l'imperforation du rectum à une certaine hauteur.

4° Cancer ulcéré du rectum, sans rétrécissement.

Dans les deux premiers cas, lorsque tout autre traitement a échoué, le devoir du chirurgien est nettement tracé : il faut de toute nécessité donner issue aux matières, sous peine de voir infailliblement succomber le malade.

Dans le troisième cas, il y a lieu de se demander s'il ne serait pas préférable de disséquer plus ou moins haut les parties molles, en partant du périnée.

Le quatrième cas diffère complétement des autres. Il n'y a pas ici, en effet, obstruction intestinale ; mais leur passage cause de telles angoisses aux malades qu'on peut regarder comme utile, sinon indispensable, l'établissement d'un anus artificiel. Comme l'intervention du chirurgien n'est pas forcée dans ce cas, le choix et les alternatives des chances funestes, de part et d'autre, doivent être soumis à l'appréciation du malade.

Des cinq observations rapportées dans le journal anglais et dont quatre répondent aux trois premières indications, nous n'en trouvons que deux qui, par leur résultat, méritent d'être mentionnées, bien que ce résultat lui-même n'ait été que très-éphémère.

Le premier de ces cas est celui d'une femme qui était porteur d'une tumeur cancéreuse de l'ovaire et de l'utérus, laquelle comprimait le rectum et avait amené une constipation opiniâtre. On pratiqua l'opération de l'anus lombaire, et la femme put vivre encore huit jours dans un état comparativement meilleur. Elle succomba, épuisée par la maladie cancéreuse.

Le deuxième est relatif à une femme de quarante ans, qui présentait, à 2 ou 3 pouces (anglais) au-dessus de l'anus, un rétrécissement considérable du rectum, qui ne laissait passer qu'une petite quantité de matières très-dures et minces, avec des douleurs abdominales intenses.

On pratiqua un anus lombaire, le 26 février 1856, pour trouver le colon, qui était contracté et refoulé fortement par la masse distendue des intestins grêles; l'opérateur fut obligé d'ouvrir le péritoine. Alors, ayant attiré au dehors le colon, il le fendit et sutura les bords de cette plaie à ceux de la plaie des téguments. La réunion se fit parfaitement.

Le 9 avril, la malade, munie d'une pelote creuse, élastique, qui bouchait parfaitement l'anus artificiel, voulut quitter l'hôpital, malgré l'avis contraire du chirurgien. (Elle était profondément cachectique.) Elle mourut le 20 du même mois, ayant survécu ainsi deux mois à la création de l'anus lombaire. (*Medical Times* et *Gaz. médicale*, octobre 1857.)

Blennorrhagies chroniques (*Bons effets des injections iodo-tanniques dans le traitement des*). Il y a des blennorrhagies que les balsamiques administrés à l'intérieur et les injections de nitrate d'argent ne guérissent qu'incomplétement : il reste un petit suintement qui nécessite pendant quelque temps l'emploi des injections astringentes. Dans ces cas, dit M. Rollet, l'injection iodo-tannique m'a paru avoir une grande efficacité. D'autres fois les malades arrivent avec des blennorrhagies négligées et passées à l'état chronique. Les balsamiques seraient ici sans effet, et les injections cathérétiques ne feraient qu'exaspérer le mal. Dans ces cas encore, l'injection iodo-tannique em-

ployée avec persistance m'a donné d'excellents résultats.

Voici la formule adoptée par le chirurgien en chef de l'Antiquaille :

Solution iodo-tannique..	10 grammes.
Eau distillée.	100 grammes.

En compulsant mes observations, ajoute M. Rollet, j'ai compté dans les deux derniers mois (septembre et octobre 1857), vingt et un malades traités avec cette injection et d'autres moyens adjuvants peu actifs et sortis guéris après un traitement d'une quinzaine de jours, en moyenne. La solution iodo-tannique ne forme avec l'eau distillée aucun précipité. L'injection est d'une belle couleur acajou et conserve jusqu'à la fin ses caractères physiques et chimiques; elle occasionne peu de douleur et restera dans la pratique à côté de celles que leur efficacité bien reconnue a vulgarisées. (*Gaz. méd. de Lyon*, novembre.)

Créosote. *Son emploi dans certaines maladies de l'estomac.* Le docteur Budd recommande particulièrement la créosote sous forme pilulaire, à la dose de 1/2 grain à 1 grain (25 milligr. à 5 centigr.), après chaque repas, contre les maladies de l'estomac qui reconnaissent pour cause le développement de sarcines. Dans ces cas, on obtient aussi de bons résultats avec le bisulfite de soude, sel qui, par sa facile décomposition, met en liberté de l'acide sulfurique, lequel empêche la fermentation nécessaire au développement des sarcines. On administre ce sel à la dose de 50 ou 75 centigrammes jusqu'à 4 grammes, trois fois par jour, ou bien on en fait dissoudre 8 grammes dans 30 grammes d'eau, et de cette solution on fait prendre, immédiatement après le repas, une cuillerée à café dans un verre d'eau. (*Journ. de méd. de Bruxelles.*)

Iodure de chlorure mercureux (*Engorgements du col de l'utérus traités par l'emploi de la pommade à l'*). L'iodure de chlorure mercureux qui a fait depuis quelque temps du bruit dans le monde médical, trop de bruit même, est un agent dont la thérapeutique retirera certainement de bons effets, mais dont la portée n'est encore que très-imparfaitement connue. C'est à des expériences multipliées et faites avec prudence et réserve qu'il appartient de fixer un jour l'opinion des praticiens sur la valeur et les indications de ce médicament.

M. Ch. Bernard, suppléant de M. Andral à la Charité, vient, avec le concours de M. Rochard, de faire une série d'essais de l'iodure de chlorore mercureux dans le traitement des engorgements de l'utérus. Avant d'en faire connaître les résultats, voici, en deux mots, le manuel opératoire :

Le col de l'utérus, complétement découvert à l'aide d'un spéculum trivalve, articulé ou plein, est nettoyé des mucosités qui le recouvrent avec de la charpie ou de la ouate, ce qui a toujours suffi, ou avec un tampon imbibé de glycérine et appliqué la veille sur le col. D'autre part, on prépare un plumasseau de charpie peu épais, d'une dimension un peu plus grande que le col, et dont on recouvre le centre d'une couche légère de pommade, afin que les bords restés secs défendent la muqueuse vaginale du contact du médicament qui pourrait y occasionner de l'inflammation. Puis le plumasseau est porté sur le col, soit avec une pince à pansement, soit à l'aide d'un tube de bois, dont l'une des extrémités, celle sur laquelle on place le plumasseau, présente des dimensions en rapport avec celle du col, et dans lequel glisse un mandrin qui applique d'une manière exacte le plumasseau sur l'organe utérin. Cela fait, on remplit le vagin de boulettes de ouate et on retire le spéculum. Il faut avoir soin de ne pas bourrer le vagin, on occasionnerait à la femme une gêne et des douleurs inutiles. Six ou sept heures après l'application de la pommade, on introduit de nouveau le spéculum, on enlève les différentes pièces du pansement et on met à nu le col, qu'on trouve toujours recouvert d'une exsudation albumineuse.

Voici plusieurs des effets physiologiques et thérapeutiques constatés :

La pommade, convenablement appliquée et avec les précautions recommandées par M. Rochard, détermine des douleurs habituellement très-supportables, qui commencent peu d'heures après l'application et qui durent de douze à vingt-quatre heures avec quelque intensité. Les douleurs ont plusieurs fois même paru tenir autant au tamponnement du vagin et à la compression des organes voisins qu'à l'action du caustique.

Toujours, au bout de cinq, six ou sept heures, le col est recouvert d'une exsudation blanchâtre, albumineuse, en rapport d'épaisseur avec la couche de pommade et le temps qu'elle a séjourné. Cette couche met, malgré les injections pratiquées matin et soir,

plusieurs jours à se détacher complétement; pendant ce temps le col présente un gonflement inflammatoire qui ne disparaît qu'un jour ou deux au moins après la chute de l'exsudation. Le travail d'élimination, la cicatrisation de la plaie qui suit la chute de l'escarre et la résolution de l'engorgement inflammatoire concomitant exigent environ huit ou dix jours. Il convient, par conséquent, dans la plupart des cas, et sauf les modifications exigées par la marche de la maladie et les fonctions utérines, de ne pratiquer des applications de pommade que tous les huit ou dix jours.

Quand l'engorgement utérin est de date assez récente et n'est pas très-considérable, souvent une ou deux applications de pommade suffiront, aidées du repos et des autres moyens adjuvants, pour assurer la guérison en quelques semaines. Pour peu que la maladie soit ancienne, on devra prolonger le traitement bien plus longtemps qu'on ne peut l'obtenir de la plupart des jeunes femmes admises dans nos hôpitaux.

En résumé, la pommade à l'iodure de chlorure mercureux a paru agir dans ce cas plus énergiquement et plus profondément que la plupart des caustiques solides ou liquides habituellement employés, tels que le nitrate d'argent et le nitrate de mercure. Après chaque poussée produite par l'application de cette pommade, on constate la diminution du volume du corps de l'utérus engorgé, un soulagement dans les douleurs éprouvées par les malades, ainsi qu'une amélioration dans la marche, qui était auparavant très-pénible. M. Ch. Bernard considère cet agent comme indiqué et efficace dans les engorgements simples du col de l'utérus, récents ou anciens. (*Monit. des hôpitaux*, décembre 1857.)

Marum verum. *Son emploi contre les toux spasmodiques et la coqueluche.* Le marum verum, plante de la famille des labiées, très-usitée autrefois en thérapeutique, a été regardée comme douée de vertus cordiales, sudorifiques, antispasmodiques, digestives, toniques et excitantes, et susceptibles, à divers titres, d'être utilisées dans un grand nombre de maladies; on en a conseillé l'usage dans l'affaiblissement de l'estomac, pour exciter la circulation, contre la putridité, dans les affections soporeuses, l'hystérie, le scorbut, le catarrhe chronique, etc., etc. Tombé en désuétude de nos jours, le marum verum vient d'être réhabilité par M. le docteur Lucanus, qui assure l'avoir employé dans ces derniers temps avec succès contre les toux spasmodiques et la coqueluche. Il l'a administré, soit sous la forme de conserve préparée avec une partie de la plante pour deux parties de sucre, soit sous la forme de sirop, préparation à laquelle il faut recourir lorsque l'herbe fraîche manque. Lorsqu'on emploie la conserve, elle doit être préparée fraîchement pour chaque cas. Pour faire le sirop, on prend une once d'herbe fraîche, et une demi-once d'herbe sèche, qu'on fait macérer pendant trois heures avec une once de vin de Madère ou de Xérès. On y ajoute alors deux onces et demie d'eau bouillante, on laisse digérer pendant deux heures, on exprime, et, dans trois onces de colature, on fait fondre à froid quatre onces de sucre. L'auteur ne dit pas malheureusement à quelles doses il convient d'administrer ces préparations. (*Schweizerische Zeitschrift* et la *France médicale*, octobre 1857.)

Paralysie *du poignet chez un compositeur d'imprimerie; empoisonnement plombique local; guérison.* Un compositeur d'imprimerie, âgé de trente-neuf ans, marié, aux habitudes réglées et d'une bonne santé habituelle, s'est servi pendant une semaine de caractères neufs, dont les bords coupants lui ont usé la peau de l'extrémité des doigts de la main droite; le pouce, l'index et le médius sont dépouillés. Après cinq jours de ce travail, son poignet droit devint de plus en plus faible, et, à la fin de la semaine, la paralysie était complète, la main tombait sans qu'il pût la relever, et les doigts ne pouvaient rien serrer. Les muscles du bras et de la main étaient parfaitement développés: le malade n'avait jamais eu aucun signe d'empoisonnement plombique avant cette paralysie, et cependant il a un liséré bleuâtre sur les gencives. M. le docteur Salter, consulté par ce malade, se proposa de traiter localement cet empoisonnement local; il ordonna au malade de plonger plusieurs fois par jour la main et le poignet dans une solution de sulfure de potassium, prolongeant le bain chaque fois pendant trois heures. Il ne fut pas fait d'autre traitement, et la guérison était complète au bout de huit jours.

Il y a dans ce fait deux points intéressants à considérer: d'abord la différence entre la paralysie du poignet

chez les compositeurs et chez les peintres; chez ces derniers, ce sont toujours les deux poignets qui sont pris, tandis que chez les compositeurs c'est toujours le poignet droit seul. En second lieu, la paralysie est primitive chez les compositeurs, c'est-à-dire qu'elle précède les symptômes généraux de l'introduction du plomb dans l'économie; chez les peintres, au contraire, la paralysie est consécutive à l'empoisonnement général : l'introduction du plomb se fait chez ceux-ci par la respiration, par la peau en général; chez les compositeurs, elle se fait seulement par l'extrémité des doigts de la main droite qui saisissent les caractères. Enfin on peut voir par ce fait qu'un traitement purement local peut suffire pour traiter un empoisonnement local. (*Union médicale*, novembre 1857.)

Photophobie (*De l'action des inhalations de chloroforme dans la*). L'idée de recourir aux inhalations de chloroforme pour combattre la photophobie qui accompagne l'ophthalmie scrofuleuse, au moins d'une manière temporaire, est une idée très rationnelle, et l'on comprend très-bien qu'on y ait eu recours dans ce cas. Mais de ces premiers essais on est allé plus loin; non-seulement on a combattu la photophobie temporairement, mais on a cherché à la combattre d'une manière durable par les inhalations. Plusieurs cas ont été rapportés par les docteurs Mackensie, Arnott, Snow et d'autres. Dans un cas rapporté par Mackensie, la maladie datait déjà de seize mois, et aucun des moyens employés n'avait pu faire céder la photophobie et le blépharospasme, qui disparurent enfin complétement après qu'il eut eu recours sept fois à l'inhalation chloroformique. Le docteur Snow a cherché à expliquer l'effet si bienfaisant du chloroforme dans ces cas, par son action sur les nerfs sensitifs, tandis que les nerfs moteurs restent tout à fait en dehors de son influence. (*Allg. medic. Central-Zeitung*, et *France médicale*, octobre 1857.)

Syphilis *simulant les affections cérébrales*. Nous avons rapporté déjà dans le temps plusieurs exemples de troubles graves des fonctions cérébrales simulant des affections idiopathiques de l'encéphale; il importe beaucoup que les praticiens connaissent ces faits qui peuvent leur faire éviter des erreurs graves et les mettre sur la voie d'un traitement convenable. M. le professeur Schützenberger vient d'en faire connaître quelques nouveaux exemples qui méritent d'être connus. Il cite d'abord le fait d'un homme de trente-cinq ans qui entre à l'hôpital avec tous les symptômes de l'épilepsie. Quatre jours après son entrée, une céphalalgie, qui n'était que légère, devient extrêmement vive, continue et s'accompagne de délire. Puis, le lendemain, elle diminue; l'intelligence est nette, le pouls lent, la peau fraîche. M. Schützenberger écarte l'idée première d'une épilepsie idiopathique, songe à la possibilité d'une méningite chronique, et prescrit un traitement en conséquence. Ce traitement paraît d'abord réussir; mais quatre jours après, nouvelle attaque convulsive. L'examen des pupilles révèle l'imminence d'une iritis: c'est un trait de lumière. Le malade, interrogé, confesse avoir eu des accidents vénériens onze ans auparavant. On le soumet au traitement mercuriel d'abord, iodé ensuite; et il sort complétement guéri, au bout de quatre mois d'une médication interrompue une fois pendant six semaines, le malade ayant voulu sortir trop tôt.

Dans une autre observation, un homme de cinquante-un ans se présente avec un état cachectique avancé, un tremblement très-prononcé des membres supérieurs, et des accidents cérébraux datant de plusieurs mois. Ainsi, il a une céphalée continue, avec des exacerbations qui n'ont rien de régulier; ses idées sont habituellement en désordre; plongé dans un état d'hébétude habituel, il exécute des actes automatiques dont il ne peut pas rendre compte. Le tibia gauche présente une exostose qui a été traitée déjà par le mercure. Avec cela, antécédents syphilitiques marqués. On institue le traitement en conséquence. Dès la cinquième friction avec l'onguent mercuriel, la céphalée avait cessé complètement, l'intelligence était redevenue nette, la démarche ferme et assurée. Le tremblement des mains persista plus longtemps, mais finit par devenir à peine sensible avant la fin du traitement. L'iodure de potassium et un bon régime achevèrent la guérison. Le malade resta cinq mois à l'hôpital, et en sortit fort et vigoureux, complétement guéri. Un an après il n'avait éprouvé aucun nouvel accident.

Deux femmes ont présenté des symptômes analogues et ont été guéries de même. (*Mémoires de la Société médicale de Strasbourg*, 1857.)

VARIÉTÉS.

L'Académie de médecine a tenu sa séance annuelle, le 15 de ce mois, sous la présidence de M. Michel Lévy. L'intérêt de cette séance s'est concentré, comme toujours, sur le discours que devait prononcer M. Dubois. Le savant secrétaire général abordait encore l'étude d'une de ces vigoureuses organisations qui parviennent à former école. L'éloge de Magendie, malgré ses qualités, ou mieux à cause de ses qualités, n'a pas obtenu le succès de ses aînés. Il paraît qu'on ne doit pas plus la vérité aux morts qu'aux vivants, et que la revendication de ces grands principes de logique et de morale qui dominent même l'évolution des sciences ne saurait se produire sans heurter cette indifférence générale qu'on décore d'un nom qui ne saurait lui appartenir. Il eût fallu respecter jusqu'à cet étrange abus du culte de l'expérimentation, alors même qu'il va jusqu'à repousser le secours du raisonnement. Tel ne saurait être le jugement de la saine raison. Aussi, tout en rendant justice à Magendie, c'est-à-dire en reconnaissant l'heureuse impulsion qu'il a su imprimer à la physiologie, M. Dubois a montré les dangers que la méthode expérimentale brute avait créés à son ardent propagateur et le désolant scepticisme auquel elle avait conduit l'ancien médecin de l'Hôtel-Dieu. Nous regrettons que l'espace nous manque pour citer quelques courts passages du discours de M. Dubois ; c'eût été fournir la preuve la plus certaine que l'éloge de Magendie restera parmi les meilleurs que l'Académie ait entendus.

Nous publions la liste des prix, sur laquelle nous voyons figurer avec plaisir les noms de plusieurs de nos correspondants et de nos collaborateurs, notamment celui de notre savant confrère M. Max-Simon, dont le mémoire a obtenu le prix Civrieux.

Prix de l'Académie. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : « Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies chroniques. » Ce prix était de la valeur de 1,000 fr. L'Académie ne décerne point le prix ; elle accorde : 1° à titre de récompense, une somme de 600 fr. à M. le docteur Zurcowski, médecin à Pont-à-Mousson ; 2° à titre d'encouragement, une somme de 400 fr. à M. Le Tertre-Vallier, médecin militaire à Amiens ; 3° elle accorde en outre une première mention honorable à M. le docteur Payen de La Garanderie, médecin à Coutances ; 4° une deuxième mention honorable à M. le docteur Revillout, de Besançon (Doubs).

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — La question mise au concours était : « Du vertige nerveux. Tracer avec soin le diagnostic différentiel du vertige nerveux, signaler les caractères qui le distinguent des vertiges produits par la pléthore, par l'anémie et par une lésion organique cérébrale, et indiquer le traitement particulier qu'il réclame. » Ce prix était de la valeur de 1,500 fr. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Max Simon, médecin à Aumale. Elle accorde une première mention honorable à M. le docteur Trastour, de Nantes, et une deuxième mention honorable à M. le docteur F. Neucourt, de Verdun.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — Question : « De la mélancolie. » Ce prix, qui est triennal, était de la valeur de 1,800 fr. L'Académie ne décerne point de prix ; elle accorde, à titre d'encouragement : 1° une somme de 800 fr. à M. le docteur Charrier, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris ; 2° une somme de 400 fr. à M. Le Tertre-Vallier, médecin militaire à Amiens ; 3° une somme de 400 fr. à M. Giuseppe Rotta, médecin à Varallo (États Sardes).

Prix fondés par M. le docteur Capuron. — 1° Question relative à l'art des accouchements : « Des morts subites dans l'état puerpéral. » Ce prix était de la valeur de 1,000 fr. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Mordret, du Mans. Elle accorde une première mention honorable à M. le docteur Achille Dehous, de Valenciennes ; et une deuxième mention honorable à M. le docteur Eugène Moynier, de Paris. 2° Question relative aux eaux minérales : « Caractériser les eaux minérales salines ; indiquer les sources qui peuvent être rangées dans cette classe ; déterminer par l'observation médicale leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et préciser les cas de leur application dans les maladies chroniques. » Ce prix était de la valeur de 1,000 fr. L'Académie accorde le prix à MM. E. Pétrequin, professeur à l'École de médecine de Lyon, et Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de la même ville. Elle accorde en outre : une première mention honorable à M. le docteur Herpin, de Metz ; et une deuxième mention honorable à M. le docteur Rotureau, de Paris.

Prix et médailles accordés à MM les médecins vaccinateurs pour le service de 1855. — 1° Un prix de 1,500 fr. partagé entre : M. le docteur Diech, de Saint-Sulpice-la-Pointe, pour plusieurs communications importantes, et en particulier pour son mémoire sur l'analogie de la vaccine avec la petite vérole ; M. le docteur Deffis, à Morlaas, pour une pratique de plus de quarante ans (déjà récompensé par six médailles d'argent et une médaille d'or) ; M. le docteur Reydellet, chirurgien de première classe de la marine impériale, pour le zèle sans exemple avec lequel, depuis 1825, il a propagé la vaccine dans l'île de la Réunion, et pour les 79,546 vaccinations qu'il a pratiquées depuis cette époque. — 2° Des médailles d'or à : M. Verdier, docteur en médecine à Barre, pour son zèle longtemps signalé d'une manière spéciale par M. le préfet du département, et pour un rapport très-important ; Mme Limousin-Chalmet, sage-femme à Romorantin, pour ses nombreuses vaccinations, qui lui ont déjà mérité neuf médailles d'argent, et pour un zèle, un dévouement et une exactitude qui lui ont valu une mention toute spéciale de M. le préfet ; M. Riquier, docteur en médecine à Amiens (la pratique de ce confrère remonte à plus de vingt ans. La société de médecine d'Amiens, qui a pu apprécier ses services, le recommandait d'une manière toute spéciale) ; M. Buissat, docteur-médecin à Périgueux, déjà plusieurs fois récompensé par l'Académie, et que M. le préfet place toujours en tête des vaccinateurs qui rendent les plus grands services à son département. — 3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations qu'ils ont transmises à l'Académie.

Médailles accordées à MM les médecins des épidémies. — 1° Des médailles d'argent à : M. Gestin, médecin de la marine à Brest (Rapport sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans le canton de Pont-Aven) ; M. Brouillet, médecin de la colonie d'Ostwald (Mémoire sur l'épidémie de diarrhée qui a sévi dans cette colonie) ; M Porrochaud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer (Mémoire sur l'épidémie d'angine diphthérique qui a régné dans cette ville) ; M. Raimbert, médecin des épidémies à Château-

dun (Rapport sur la constitution médicale de l'arrondissement de Châteaudun pendant l'année 1856, et Monographie de la pustule maligne et des affections charbonneuses); M. Ragaine, médecin à Mortagne (Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a regné dans plusieurs communes de ce département). — 2° Des médailles de bronze à : M. Martin-Duclaux, médecin à Villefranche (Rapport sur la constitution médicale de cette ville en 1856); M. Jobert, médecin des épidémies du canton de la Ferté-sur-Amance (Compte rendu des diverses affections qu'il a observées dans ce canton, et rapport sur une épidémie d'angine grave); M. Lemoine, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Chinon (Observations sur une épidémie d'angine maligne qui a sévi dans cet arrondissement); M. Gauné, médecin en chef de l'hôpital de Niort (Rapport sur une épidémie de congestion rachidienne qui a régné chez les jeunes filles de l'hospice des enfants trouvés, à Niort, en 1856). — 3° Des mentions honorables à MM. Yvonneau, Philibert, Poussié fils, Colson.

Médailles accordées a mm. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — 1° Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à : M. Le Bret, médecin inspecteur à Balaruc (Hérault); M. Lefort, pharmacien à Paris; M. Buissard, médecin inspecteur à Lamotte-les-Bains. — 2° Des médailles d'argent à M. Autagnier, médecin principal d'armée (à Paris); M. Caillat, médecin inspecteur adjoint à Bourbon-l'Archambault; M. Barrié père, médecin inspecteur à Bagnères-de-Luchon; M. Chapelain, médecin inspecteur à Luxeuil; M. Revillout, médecin inspecteur aux bains de mer du Croisic. — 3° Des médailles de bronze à M. Barthez, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy; M. Bailly, médecin inspecteur à Bains; M. Nivet, médecin inspecteur à Royat; M. Renard (Athanase), médecin inspecteur des eaux de Bourbonne; M. Peironnel, médecin inspecteur à la Bourboule. — 4° Des mentions honorables à : M. Campmas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges; M. Pénissat, médecin inspecteur à Châteauneuf-les-Bains; M. Bach, médecin inspecteur à Soultzmatt.

PRIX PROPOSÉS POUR 1858.

Prix de l'Académie. — La question déjà proposée pour 1856 est de nouveau mise au concours; elle est conçue en ces termes : « Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies, signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — De l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections. Ce prix sera de la valeur de 600 fr.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — L'Académie met de nouveau au concours la question suivante : « Etablir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite; » mais elle recommande aux concurrents non-seulement de s'enquérir de tous les faits déjà observés, mais encore de s'aider des expériences qui pourraient être faites en ce qui concerne l'inflammation des nerfs, afin de faire mieux connaître les caractères différentiels de la névrite. Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — De la mort de l'enfant pendant le travail de l'accouchement. Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera ac-

cordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix annuel sera décerné à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (*Extrait du testament.*) — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés. Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1859.

Prix de l'Académie. — « De l'action thérapeutique du perchlorure de fer. » En formulant cette question, l'Académie s'est proposé d'appeler l'attention des concurrents : 1° sur l'action locale ou directe du perchlorure de fer, soit à la surface des plaies et des membranes muqueuses, soit dans le traitement des maladies de l'appareil vasculaire, telles que les anévrysmes, les varices, les tumeurs érectiles, etc.; 2° sur l'action générale ou indirecte de ce médicament dans le traitement de certaines pyrexies, des diathèses hémorrhagies, etc Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Anatomie pathologique des étranglements internes et conséquences pratiques qui en découlent, c'est-à-dire : étude comparative des diverses espèces d'altérations anatomiques (hernies exceptées) qui mettent obstacle au cours des matières alvines, symptômes et signes qui permettent de les distinguer entre elles et de leur appliquer le traitement le plus convenable » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — « Des affections nerveuses dues à une diathèse syphilitique » Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — « De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Barbier (Voir plus haut les conditions du concours). Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1858 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. — Ils devront être écrits en français ou en latin.

L'Académie de médecine a procédé à l'élection de son bureau. Ont été nommés : *Président*, M. Laugier; *vice-président*, M. Cruveilhier; *secrétaire des procès-verbaux*, M. Devergie.

M. Davenne, directeur général de l'assistance publique, a informé l'Académie de médecine que, de l'avis des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, tout malade admis à un hôpital sera soumis à la vaccination ou à la revaccination. Il demande en conséquence à l'Académie les renseignements nécessaires pour l'application de cette mesure.

Le Comité de vaccination du département du Nord a demandé l'avis de l'Académie sur la proposition suivante : « Dans l'état actuel de la science, les revaccinations peuvent-elles être prescrites et l'objet d'encouragements spéciaux ? » La réponse ne saurait être douteuse; elle est laissée à la Commission de vaccine.

Un concours doit s'ouvrir à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 14 juin 1858, pour la nomination de trois médecins aux hôpitaux de Saint-Etienne, en remplacement de MM Vial et Soviche, arrivés au terme de leurs fonctions, et de M. Quive, démissionnaire.

M. Bertherand, médecin en chef de l'hôpital militaire du Dey, est nommé directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU CINQUANTE-TROISIÈME VOLUME.

B.

C.

D.

FIN DE LA TABLE DU TOME CINQUANTE-TROISIÈME.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.